

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

Kvalita života hráčů goalballu
Quality of life of visually impaired goalball players

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Andrea Levitová, Ph.D.

Vypracoval:

Václav Svoboda

Praha, červen 2015

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 31. března 2015

.....

Václav Svoboda

Souhlasím se zapůjčením své bakalářské práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto bakalářskou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jména a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Rád bych poděkoval PhDr. Andree Levitové, Ph.D. za odborné vedení práce a také za cenné rady a doporučení. Děkuji také všem hráčům goalballu, kteří si našli čas na vyplnění dotazníku SQUALA. Za podporu a trpělivost děkuji své rodině a blízkým. Zvláštní poděkování patří mé přítelkyni, která mi byla oporou a nenahraditelnou pomocnicí při zpracování této práce.

Abstrakt

Název: Kvalita života hráčů goalballu

Cíl: Hlavním cílem této práce je charakterizovat hru goalball, zjistit a porovnat kvalitu života zrakově postižených sportovců, kteří se tomuto sportu věnují.

Metodika: Výzkumu se zúčastnilo 30 respondentů, kteří se věnují sportovní hře pro zrakově postižené zvané goalball. Věk respondentů se pohyboval od 18 let do 60 let. Jednalo se o kvantitativní výzkum metodologického typu pozorování. V rámci výzkumu byla využita metoda dotazníku SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis).

Výsledky: Výsledky ukázaly, že samotná hra goalball kvalitu života výrazně neovlivňuje a nemá na ni podstatný vliv četnost týdenních tréninků. Průměrné hodnoty kvality života u klasifikovaných jako B1 – nevidomí, B2 – osoby se zbytky zraku, B3 – těžce slabozrací a B4 – lehce slabozrací se od sebe výrazně neliší. Dále bylo zjištěno, že kvalita života není ovlivněna délkou hraní goalballu. Podle výsledků nejlépe hodnotí kvalitu života goalballisté, kteří se sportu věnují méně než 2 roky. Téměř stejně na tom jsou hráči goalballu, kteří tomuto sportu věnují více než 10 let. Oblasti kvality života Volný čas a Blízké vztahy hodnotili respondenti kladně, s těmito oblastmi byli nejvíce spokojeni.

Klíčová slova: goalball, kvalita života, zrakové postižení, dotazník SQUALA

Abstract

Title: Quality of life of visually impaired goalball players

Purpose: Main objective of this study is to characterize a goalball game, to find out and compare quality of life of visually impaired active goalball players.

Methods: 30 respondents participated in this study. They are players of the game for visually impaired called goalball. Age of respondents ranged from 18 to 60 years. It was a quantitative research of methodological type of observation. The SQUALA questionnaire method was used in this study (Subjective Quality of Life Analysis).

Results: The results show that the goalball game alone does not have a significant impact on the quality of life and the quality of life is not also significantly influenced either by the length of active career. Average values of quality of life of the classified groups (such as B1 – blind, B2 – individuals with the rest of sight, B3 – strongly purblind and B4 – lightly purblind) do not differ significantly. Further discovery was that quality of life was not affected by the length of period of active playing of goalball. According to results the best quality of life was assessed by the goalball players who play goalball less than 2 years. Almost the same results have the goalball players who play goalball for more than 10 years. The respondents assessed the areas of quality of life, leisure time and close relationships were positive. They were the most satisfied with these areas.

Key words: goalball, quality of life, visual impaired, the SQUALA questionnaire

Seznam zkratek

APACE II.	Acute Psychological and Chronic Health Evaluation system
BSC Praha	Blind Sport Club Prague
B1-B4	Klasifikační třídy sportu goalball
ČR	Česká republika
ČSZPS	Český svaz zrakově postižených sportovců
FTVS UK	Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy
H	Hypotéza
IBSA	International Blind Sports Association Světová sportovní federace nevidomých sportovců
IPC	International Paralympic Committee Mezinárodní paralympijský výbor
LSS	Life Satisfactory Scale
MANSA	Manchester Short Assessment of Duality of Life
ME	Mistrovství Evropy
MS	Mistrovství světa
OSN	United Nations Organizace spojených národů
POH	Paralympijské hry
QL	Spitzer Quality of Life Index
QOL	Quality of Life Kvalita života
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA	Subjektive Quality of Live Analysis
SSPS	Statistical Package for the Social Sciences Statistický program
SWLS	Satisfaction With Life Safe
WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace
ZdrP	Zdravotní postižení
ZP	Zrakové postižení

Seznam obrázků

Obrázek 1: Anatomie lidského oka

Obrázek 2: Příklady optotypů

Obrázek 3: Hrací plocha s obranným, útočným a neutrálním pásmem

Obrázek 4: Goalballový míč

Seznam grafů

Graf 1: Místo bydliště

Graf 2: Ukončené vzdělání

Graf 3: Rodinný stav

Graf 4: Zaměstnání

Graf 5: Finanční situace

Graf 6: Sportovní klasifikace

Graf 7: Četnost tréninků

Graf 8: Délka hraní goalballu

Graf 9: Ostatní sporty

Seznam tabulek

- Tabulka 1: Doplňující dotazník
- Tabulka 2: Oblasti českého dotazníku SQUALA
- Tabulka 3: Dimenze standardizovaného dotazníku SQUALA
- Tabulka 4: Průměrné hodnoty parciálního skóre u dimenzí 1 – 5
- Tabulka 5: Průměrné hodnoty skóre spokojenosti u dimenzí 1 – 5
- Tabulka 6: Přehled oblastí QOL dle získaného skóre
- Tabulka 7: Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle sportovní klasifikace
- Tabulka 8: Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle délky hraní
- Tabulka 9: Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle četnosti tréninků během týdne
- Tabulka 10: Úspěšnost české reprezentace (1991 – 2014)

Obsah

1	ÚVOD.....	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	2
2.1	Kvalita života	2
2.1.1	Vymezení pojmu kvality života	2
2.1.2	Metody pro měření kvality života	5
2.1.3	Kvalita života u lidí se speciálními potřebami	7
2.1.4	Výzkumy na kvalitu života.....	8
2.1.4.1	Výzkumy kvality života u zrakově postižených v ČR	8
2.1.4.2	Výzkumy kvality života u zrakově postižených v zahraničí	9
2.2	Zrak	10
2.2.1	Anatomie zrakového orgánu.....	11
2.2.2	Vyšetření zraku.....	13
2.2.3	Zrakové postižení	14
2.2.4	Etiologie a klasifikace zrakových vad	15
2.2.5	Zrakové vady	17
2.2.6	Slabozraký, osoba se zbytky zraku a nevidomý	18
2.3	Goalball.....	19
2.3.1	Charakteristika.....	19
2.3.2	Úspěšnost české reprezentace.....	22
2.3.3	Sportovní organizace na mezinárodní a národní úrovni.....	23
2.3.4	Sportovní klasifikace	25
3	PRAKTICKÁ ČÁST	26
3.1	Cíle výzkumu	26
3.2	Hypotézy	26
3.3	Úkoly práce	26
3.4	Metodika práce.....	27

3.4.1	Popis výzkumného souboru.....	27
3.4.2	Použitá metoda	27
3.4.3	Sběr dat.....	29
3.4.4	Analýza dat.....	30
4	VÝSLEDKY.....	31
5	DISKUSE.....	40
6	ZÁVĚR.....	43
7	POUŽITÁ LITERATURA	44
8	PŘÍLOHA	49

1 ÚVOD

Téma kvalita života hráčů goalballu jsem si zvolil z několika důvodů. Hlavním z nich je ten, že se sám tomuto sportu již několik let věnuji. S goalballem jsem přišel do kontaktu poprvé v 15 letech na střední škole pro zrakově postižené. Tehdy mě tento sport moc neoslovil, ale postupem času jsem si ho velice oblíbil a v 17 letech se mu začal více věnovat. V současné době působím ve sportovním klubu Blind Sport Club (BSC) Praha a jsem členem reprezentačního výběru České republiky. Touto prací bych chtěl goalball více zviditelnit.

Tato hra vznikla roku 1946 jako možnost rehabilitace vojáků, kteří během války přišli o zrak. Od té doby se neustále vyvíjí až do dnešní podoby. V současnosti je to jediná sportovní hra vytvořená výlučně pro zrakově postižené. Svou náročností však překračuje mnoho běžných sportů.

V teoretické části se věnuji kvalitě života a jejími specifiky u hendikepovaných osob. Dále zde uvádím analýzu zraku a charakteristiku zrakových postižení. Poslední kapitolu teoretické části věnuji goalballu, jeho charakteristice a všemu, co k této sportovní hře patří.

Výzkumná část je založena na interpretaci získaných informací ze standardizovaného dotazníku SQUALA. Jelikož se v prostředí goalballu pohybuji již několik let, podařilo se mi získat téměř všechny hráče goalballu na území České republiky, jako respondenty.

Výzkumný vzorek tedy tvoří 30 respondentů, se kterými byly vyplněny údaje dotazníku SQUALA ústně nebo mi ho vyplněný zaslali elektronickou poštou.

Ze zkušeností ze zahraničí vím, že se bohužel většině zemí, co se týče počtu hráčů a organizací goalballového prostředí, nemůžeme rovnat. Ale i přes malou základnu patříme mezi 10 nejlepších týmů světa. Proto doufám, že i má práce napomůže k získání přízně u dalších lidí, kteří by mohli ke goalballu přispět svou účastí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Kvalita života (QOL) je míra osobní spokojenosti a pohody vlastního života. Jedná se o oblasti zdraví, finanční situace, bytové situace, vzdělání, zaměstnání, apod. Je to pojem, který se v poslední době velmi často používá a vyskytuje v odborných člancích. Lze ji definovat z různých úhlů pohledů, tj. medicínského, psychologického, sociálního, osobnostního, společenského apod. Vymezuje kvantitativní a kvalitativní životní procesy, které následně může hodnotit (Gurková, 2011).

2.1.1 Vymezení pojmu kvality života

Slovo kvalita je odvozeno od latinského „qualis“, což v překladu znamená jakost a životem se rozumí život obecně, popřípadě život určitého druhu jedinců. Pro termín kvalita života se používá zkratka QOL, která vychází z anglických slov, tj. quality of life. Tento termín byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století, kdy se začalo uvažovat o ekonomickém rozvoji a materiální podpoře nižších vrstev. V evropských státech tento pojem uvedl do svého programu Římský klub, který měl za cíl zvyšování úrovně a QOL lidí (Payne a kol., 2005).

V roce 1974 Evropská komise OSN vytvořila osm skupin sociálních indikátorů:

- pocit sociální jistoty
- nákup zboží a služeb
- kvalita pracovního prostředí
- zdraví
- možnosti trávení volného času
- možnosti rozvoje osobnosti
- fyzikální kvalita životního prostředí
- možnost účasti na společenském životě

Studium QOL se dostává do popředí v posledních dvaceti letech, kdy se tomuto tématu věnují výzkumné týmy a snaží se definovat a přistupovat ke QOL z různých úhlů pohledu. (Payne a kol., 2005). V současné době se QOL včlenila do všech vědních oborů. „*Jde o prolínající se, když ne identické jevy, jímž věnují pozornost psychologové, sociologové a lékaři.*“¹

Světová zdravotnická organizace (WHO) „*definuje kvalitu života jako jedincovu percepci, jako pozici v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému ve vztahu k jeho cílům, očekávání, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“²

Dle WHO jsou z hlediska měření úrovně QOL důležité následující oblasti:

- **fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – tj. energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, sebehodnocení, učení, paměť, víra, spiritualita aj.
- **sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity aj.
- **prostředí** – finanční zdroje, bezpečí, sociální péče, domácí prostředí, fyzikální prostředí, hluk, klima, provoz

Dle Payna a kol. (2005) je QOL v oblasti psychologie chápána ve třech základních konceptech:

- koncept štěstí
- koncept spokojenosti se životem (zde se hledají odpovědi na otázky např., co činí lidi spokojenými, jaké jednotlivé společenské instituce spokojenost lidí ovlivňují)
- koncept prožívání subjektivní pohody (např. racionální hodnocení vlastního života, spokojenost versus nespokojenost, citové prožívání, převažující typy emocí, emoční naladění)

¹KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada - Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6 s. 301.

²VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. 2. rozšířené a přepracované vydání. ISBN 80-7315-071-9 63 s.

V oblasti medicíny je QOL dle Dragomerické definována doménami a indikátory QOL:

- tělesné zdraví hodnotící energii, únavu, bolest, spánek a odpočinek
- psychické funkce, které jsou definovány negativními a pozitivními emocemi, sebehodnocením, myšlením, učením, pamětí a pozorností
- úroveň závislosti na druhé osobě, kompenzačních pomůckách, mobilitě a pracovní kapacitě
- sociální vztahy jsou pro člověka důležité v oblasti společenského zakotvení, osobních vztahů, sociální podpory a sociální aktivity
- prostředí je dalším indikátorem ovlivňujícím např. finanční zdroje, svobodu, fyzickou bezpečnost, zdraví, prostředí domova a dopravu
- spiritualita jako poslední typ, která člověka formuje v religiozitě a osobním přesvědčením.

Podle Centra na podporu zdraví Univerzity Toronto (2008) se QOL dělí na tři oblasti:

- being – v překladu bytí (fyzické – zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled, psychologické – zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola a spirituální – osobní hodnoty, přesvědčení, víra)
- belonging – v překladu patřit někam (fyzické napojení – domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita, sociální – rodina, přátelé, spolupracovníci, komunitní – pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací
- becoming – v překlad realizovat se (praktická realizace – domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování, volnočasová realizace – relaxační aktivity podporující redukci stresu, růstová realizace – aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny)

Přístupujeme-li ke QOL jedince ve společnosti, měli bychom mít na paměti rozdělení společnosti do tří hierarchických rovin:

- makro-rovina, která řeší otázky v oblasti velkých společenských celků – krajů, zemí, kontinentů

- mezo-rovina, která řeší otázky v oblasti malých sociálních skupiny – škola, pracoviště, nemocnice
- osobní rovina, která se týká života jednotlivce, každý řeší a hodnotí subjektivně otázku spokojenosti s vlastním životem (Křivohlavý, 2002).

2.1.2 Metody pro měření kvality života

Při hodnocení QOL se vždy pokládají tři základní otázky a to: „*Kdy měřit kvalitu života?*“ „*Proč měřit kvalitu života?*“ „*Jak měřit kvalitu života?*“

Vadurová a Mühlpachr (2005) vysvětlují důležitost při dodržování jednotlivých kroků:

- popsat účel hodnocení
- popsat vzorek populace
- vytvořit závěry kvality života
- vybrat nástroj pro měření kvality života
- provést pre-testování nebo pilotáž
- shromažďovat data
- analyzovat závěry

QOL se může měřit ze dvou hledisek a to z hlediska subjektivního a objektivního. V současné době ve všech oborech odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hledisku QOL určujícímu pro život člověka (Mühlpachr, 2005).

- objektivní hledisko sleduje materiální zabezpečení, sociální status a fyzické zdraví. Můžeme jí vymezit jako souhrn sociálních, zdravotních a ekonomických podmínek, které ovlivňují QOL (Mühlpachr, 2005).
- subjektivní hledisko se týká postavení člověka ve společnosti. Jedincova spokojenost je ovlivněna osobními cíli, očekáváními a zájmy
- smíšené hledisko, které je kombinací hledisek 1 a 2 (Křivohlavý, 2002).

Objektivní metody

- **APACHE II (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation system)**

Jedná se o metodu, která hodnotí akutní a chronicky změněný zdravotní stav. Při výběru této metody lze vážnost onemocnění a stav pacienta kvantitativně popsat a odlišit od normy. Do hodnocení se zařazuje údaj o věku a chronickém onemocnění (Křivohlavý, 2005).

- **QL (Spitzer Quality of Life Index)**

Posuzuje QOL a stav pacientů nejprve před a následně po ukončení terapie (Křivohlavý, 2005).

Subjektivní metody

- **SWLS (Satisfaction With Life Safe)**

Škála životní spokojenosti byla založena Edem Dienerem. K vyhodnocení je potřeba dotazník s pěti otázkami. Tyto otázky musí každý zodpovědět na sedmibodové škále, 7 vyjadřuje maximum souhlasu a 1 vyjadřuje minimum souhlasu (Payne, 2005).

- **SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)**

Je to program hodnocení individuální QOL. Patří mezi nejrozšířenější metodu měření QOL. Využívá strukturovaný rozhovor, kdy respondent uvádí pět životních cílů a k nim i míru spokojenosti. Nespokojenost je rovna 0, úplná spokojenost 100. Čísla jsou uváděna v procentech (Křivohlavý, 2005).

- **SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis)**

Tento dotazník byl vytvořen v roce 1992 a jeho autorem je M. Zannotti (Dragomirecká, 2006). Jedná se o sebesuzovací dotazník, který je konstruovaný podle metodologických pravidel. SQUALA vychází z Maslowovy pyramidy potřeb, a proto zahrnuje i oblasti života, jako jsou např. vnitřní hodnoty, tj. prožitek svobody, pravdy a spravedlnosti (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Dotazník se skládá z 23 oblastí vnější i vnitřní reality každodenního života. Jsou to zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda,

peníze a jídlo. Spokojenost a subjektivní důležitost je v každé z těchto oblastí hodnocena na pětibodové škále. Dotazník SQUALA lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti (Dragomirecká, 2006).

Smíšené metody

- **MANSA (Manchester Short Assessment of Duality of Life)**

Byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru. MANSA se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v následujících oblastech. Jsou to zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, životní prostředí, právní stav, finanční situace, náboženství, trávení volného času, zaměstnání (Křivohlavý, 2001). Cílem je pravdivě popsat aktuální stav daného jedince. Výsledkem je optimalizace péče a pomoci (Mühlpachr, 2005).

- **LSS – (Life Satisfactory Scale)**

V překladu je to *škála životního uspokojení*, a ta hodnotí celkovou spokojenost se životem. Jedná se o sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni (Křivohlavý, 2001).

QOL mohou dle Jesenského (2001) ovlivnit vnitřní a vnější činitele. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného a jako vnější to jsou podmínky, které ovlivňují existenci jedince. Jedná se o společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiální technické faktory (Vandurová, Mühlpachr, 2005).

2.1.3 Kvalita života u lidí se speciálními potřebami

QOL jedinců se speciálními potřebami jim umožňuje žít ve společnosti zdravých lidí jako v prostředí minoritní komunity. Význam vyhodnocení QOL postižených je důležitý pro odhalování vlivu a jednotlivých složek handicapu. Jsou to např. složky rehabilitační, terapeutické apod. Zrakově postižený (ZP) a jeho QOL je do značné míry ovlivněna typem a stupněm postižení (Jesenský, 2000).

Někteří zůstanou celý život závislí na druhé osobě, např. nejsou schopni nikam dojet a nezvládnou pro život nutný tzv. kurz samostatného pohybu a prostorové orientace (Cerha, 2010).

Dle Slowíka (2007) mohou napomoci osobě se ZP v zapojení do běžného života tyto následující oblasti:

- **medicínská** – tj. operace
- **sociální** – rozvoj sociálních vztahů
- **pracovní** – tj. různé formy zaměstnání
- **pedagogická** – studium a celoživotní vzdělávání
- **psychologická** – poradenství, psychoterapie, canisterapie

Tyto oblasti by měly dle Slowíka (2007) směřovat člověka k základním cílům, kterými jsou např. zlepšení prostorové orientace, odstranění komunikačních bariér, dosažení co nejvyšší míry samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě. QOL je dána též možností socializace a integrace mezi majoritní společností, což mimo jiné umožňují volnočasové aktivity. Je tedy velice důležité, aby byl člověk se ZP schopen kvalitně využít svůj volný čas.

Dle Hromádkové (2007) význam QOL u lidí se ZP spočívá obecně v těchto bodech:

- v možnostech hodnocení efektivity uplatněných intervencí
- v odhalování vlivu diagnostické, terapeutické, rehabilitační, pedagogické péče
- ve vymezování cílů a úkolů zaměřených na změny kvality života
- v odhalování celkového vlivu i jednotlivých složek handicapu na život postiženého

2.1.4 Výzkumy na kvalitu života

2.1.4.1 Výzkumy kvality života u zrakově postižených v ČR

Machorková (2012) prováděla výzkum, kde uvádí kazuistiky zaměřené na život těžce ZP a zdůrazňuje zde, že vodící pes může být důležitým faktorem ke zkvalitnění života těžce ZP.

Danko (2008) srovnával ve své kvalifikační práci kvalitu života ZP a tělesně postižených. Závěrem vyzdvihl, že práce je pro handicapované nejdůležitější hodnotou,

přitom mají problém práci získat. Zaměstnavatelé si myslí, že nejsou schopni dodržet limity pracovních povinností.

Institut zdravotní politiky (2004) zjistil, že ZP jsou s celkovou kvalitou svého života většinou spokojeni. Pro celý vzorek je hodnota spokojenosti vyjádřena stupněm 5 (většinou spokojeni). Nejméně spokojena se svoji celkovou kvalitou života je generace 45 – 64letých. Nejhorší kvalitu života pak mají ženy ve věku 55 – 65 let. Respondenti jsou nejvíce spokojeni se svými přáteli, se svým rodinným životem a se svými partnery. U obou pohlaví je nejmenší spokojenost s finanční situací.

Zemanová (2012) hodnotila kvalitu života u tří různých klientů s různou zrakovou vadou. Zaměřila se na člověka, na vnímání vlastního života a jeho potřeby. Dospěla k tomu, že každý člověk je individualitou, a tak vnímá i svůj život. Zjistila, že vada zraku není nic, co by snižovalo důstojnost člověka, ale je to vážná okolnost, která spoustu věcí komplikuje a zároveň představuje životní výzvu. Někteří tuto výzvu přijmou a bojují s ní, někteří naopak rezignují.

2.1.4.2 Výzkumy kvality života u zrakově postižených v zahraničí

Langelaana (2007) popsal kvalitu života a stav zdravotně postižených (ZdrP) pacientů a porovnal ji s běžnou populací. Studie se zúčastnilo 128 pacientů navštěvujících rehabilitační centrum pro osoby se ZdrP. Výsledky dotazníků těchto pacientů byly porovnány s výsledky běžné populace v Holandsku. Podle výzkumu ZP zhoršuje kvalitu života více než diabetes druhého typu a postižení sluchu. Horší dopad na kvalitu života má mozková mrtvice, roztroušená skleróza a vážná mentální porucha.

Magno e Silva (2011) analyzovala frekvenci poranění při sportu u ZP sportovců. Identifikovala místo poranění, jeho mechanismus a hlavní druh poranění, která se u těchto sportovců vyskytuje, stejně tak prověřila souvislost mezi frekvencí těchto zranění a třídou zrakového handicapu. Subjekty této studie byly zrakově znevýhodněné sportovkyně a sportovci – členové brazilského atletického týmu, malého fotbalového týmu, goalballového týmu a plavci, kteří se účastnili mezinárodních soutěží v letech 2004 – 2008. Data byla shromážděna za pomoci Brazílské paralympijské komise a Brazílské konfederace sportu pro nevidomé. Studie se zúčastnilo celkem 131 sportovců (42 žen, 89 mužů), ze vzorku bylo 61 klasifikováno jako B1, 46 jako B2 a 24 jako B3. S ohledem na třídu ZP, B1 sportovci měli více zranění než B2 sportovci a ti více než B3. Co se týče částí těla, nejvíce poranění

sportovce postihlo na dolních končetinách, následováno poraněními horních končetin, zad, hlavy a trupu. Sportovci ohlásili 21 diagnóz, nejčastějšími byly onemocnění šlach, kontraktury a pohmožděnin.

Nacar (2013) se věnoval handicapovaným jedincům, kteří provozují různé sporty, aby prozkoumal úroveň jejich hrdosti a sebeúcty. Studie se zúčastnilo 150 ZP dobrovolníků mužského pohlaví. Jednalo se o hráče goalballu (kategorie B1), futsalu (kategorie B2 a B3) a o účastníky v atletice a judu Turecké asociace zrakově handicapovaných. Pro získání informací byl vytvořen „osobní informační formulář“ a „soupis hrdosti a sebeúcty“. Formuláře se skládaly z 25 otázek. Tyto formuláře byly vyplněny každým zrakově handicapovaným sportovcem, buď ve formě převedené do Braillova písma, nebo ústně. Získaná data byla zhodnocena pomocí SPSS statistického programu. Studie ukázala, že nebyl zjištěn rozdíl mezi zrakově handicapovanými s ohledem na rozdílné sportovní disciplíny.

Magno e Silva (2013) zjišťovala, zda ZP plavci trpí zraněními z nadměrné zátěže dolních končetin. Chtěla určit charakteristiku a epidemiologická opatření (prevalence, klinická incidence a incidenční míra) u zranění způsobených při sportu národních plavců chtěla zhodnotit rozdíly mezi třídami a mezi pohlavími. Výzkum byl prováděn na Mezinárodní paralympijské soutěži konané mezi roky 2004 – 2008. Zúčastnilo se ho 28 plavců (19 mužů, 9 žen) z brazilského paralympijského týmu. Ze zrakové třídy S11 se zúčastnilo 12 plavců, 12 bylo z S12 a 4 byli z S13. Průzkum ukázal, že 80 % jsou zranění z nadměrného zatěžování a 20 % zranění po úrazech. Největší poměr zranění dosáhla zranění trupu (46,34 %), následně zranění horních končetin (34,15 %).

2.2 Zrak

Zrak považujeme za jeden z nejdůležitějších smyslů člověka. Využíváme ho jako primární smysl, který nám umožňuje získávat 80 – 90 % informací z našeho okolí. Zrakem můžeme vnímat např. světlo, různé barvy, tvary, ale hlavně jej používáme k orientaci v prostoru. Patří mezi tzv. dálkové receptory. Má rozhodující vliv na utváření správných představ, rozvoj paměti, pozornosti, myšlení a řeči. Zrakové vjemy jsou důležité pro každou praktickou činnost, ať je to učení, práce nebo rekreační činnosti. Poškození, porucha či ztráta zraku omezují, a dokonce vylučují příjem těchto informací. Pokud jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení může být znehodnocena hlavně komunikace, celková integrita (psychická, pracovní,...) a především sociální existence člověka (Květoňová, 2000).

„Podle posledního celosvětového výzkumu WHO bylo v roce 2002 na celém světě přibližně 161 000 000 osob s těžkým zrakovým postižením. Z toho bylo 124 000 000 lidí slabozrakých a 37 000 000 nevidomých. Z průzkumu též vyplynulo, že se snižuje počet nevidomých a slabozrakých zapříčiněných infekčními chorobami a zvyšuje se počet případů zapříčiněných vysokým věkem. Rovněž byly zjištěny nejčastější příčiny postižení zraku, kterými jsou katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal) a makulární degenerace (degenerace sítnice).“³

2.2.1 Anatomie zrakového orgánu

Zrakový orgán plní svou funkci ve dvou hlavních složkách. V první řadě jde o složku senzorickou a v druhé řadě o složku motorickou. Složka senzorická je tvořena částí periferní, zrakovou dráhou a zrakovým centrem. Složku motorickou můžeme dělit na část okohybných svalů, okohybných nervů a centrum mozkové kůry (Silbernagl, 2004).

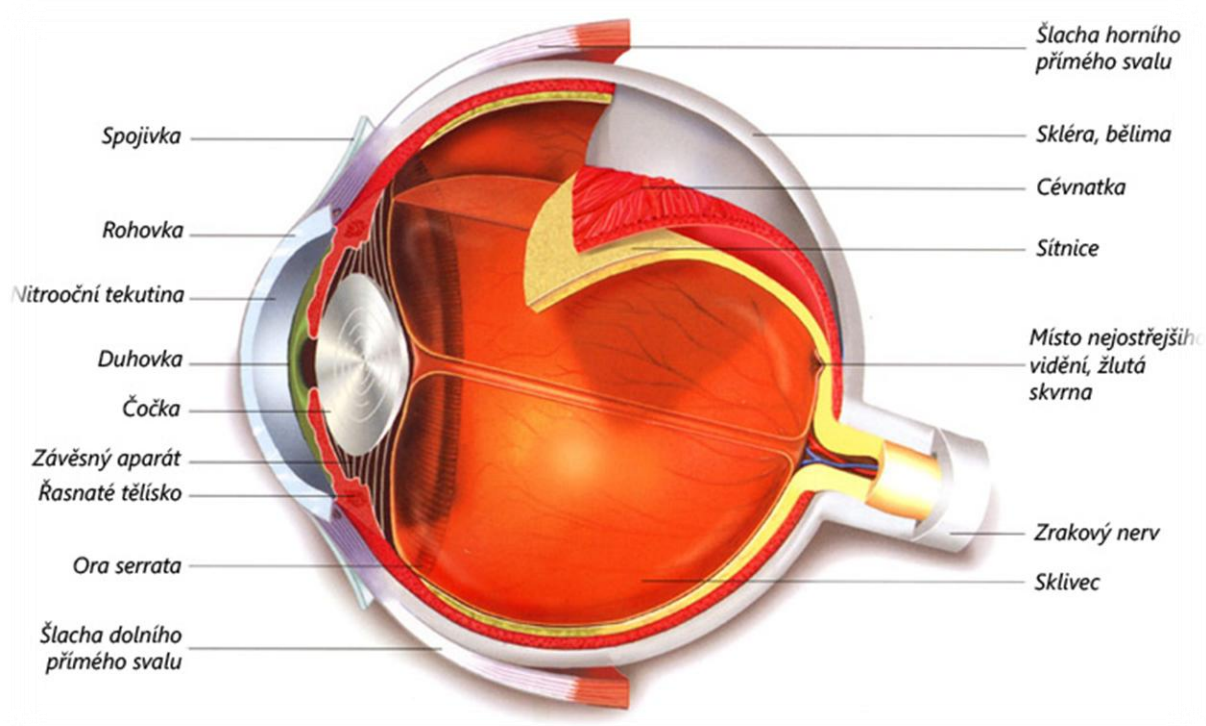
Oko je malý párový orgán, který v průměru není větší než 20 mm. Ale i přes svou velikost je oko nejdůležitějším smyslovým orgánem. Umožňuje nám vnímat světlo, barvy, pohyb a prostorové rozložení předmětu. Oční koule je uložena v obličejové části lebky v tzv. očnici. V hrotu očnice vystupuje z oka zrakový nerv a vstupuje tepna přivádějící krev pro celé oko. Oko má kulovitý tvar a jeho stěna je rozdělena do tří vrstev:

- zevní vazivová vrstva; bělima
- cévnatka, řasnaté tělísko a duhovka
- sítnice (Silbernagl, 2004).

Oko je tvořeno optickým světlolomným systémem, světločivnými receptorovými elementy a nervem, který odvádí informace z oka do příslušné části kůry mozku. Než světlo dopadne na světločivé buňky v sítnici, musí projít nejprve rohovkou, pak komorovou vodou, čočkou, sklivcem a několika nereceptorovými vrstvami sítnice. V době, kdy se světlo dostane k světločivným buňkám, což jsou tyčinky a čípky, je vlivem lámání v předchozích částech oka obraz převrácen (Silbernagl, 2004). Viz obrázek č. 1. – Anatomie lidského oka.

³*Magnitude and causes of visual impairment.* [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.n-i-s.cz/cz/charakteristika-zrakoveho-postizeni/page/366/>.

Obrázek 1 Anatomie lidského oka⁴



Bělma je tuhá a bílá vazivová blána. Tloušťka se pohybuje kolem 0,3 – 2 mm a zaujímá 4/5 povrchu oční koule. Její hlavní význam, společně s nitroočním tlakem (2 – 3 kPa), spočívá v udržení kulovitého tvaru oka. Do bělimy se upínají okohybné svaly, vzadu jí prostupuje zrakový nerv a vpředu přechází v rohovku. Rohovka je průhledná a zakřivená vrstva v přední části oka. Jejím základním úkolem je vstup a lom světla. Nejčastějším onemocněním rohovky je tzv. astigmatismus. Jde o špatné zakřivení rohovky, způsobuje nepřesné zaostření světla na sítnici. Cévnatka je velmi bohatá na cévy, které zásobují především zevní vrstvy sítnice. Cévnatka vpředu pokračuje jako řasnaté tělísko. Od tělíska odstupuje kruhový terčík uložený před čočkou, tj. duhovka. Uprostřed duhovky je kruhový otvor nazývaný se zornice. Čočka visí na vláknech závěsného aparátu, který ovlivňuje napětí a tvar čočky. Při pohledu na blízko se sval kontrahuje a čočka se vyklene, naopak při pohledu do dálky sval ochabne a čočka se oploští. Poruchy akomodace čočky jsou velmi časté (krátkozrakost, dalekozrakost). Sítnice tvoří vnitřní obal oka a jsou v ní uloženy světločivné buňky (tyčinky a čípky), které reagují na světelné záření. Tyčinky nám umožňují vnímat světlo a čípky barevné vidění. Nejcitlivější část sítnice je tzv. žlutá skvrna (fovea), ve které se nachází nejvyšší počet čípků.

⁴Anatomie lidského oka [online]. 2013 [cit. 16. dubna 2014.]. Dostupné z WWW <http://www.optika-safarikova.cz/oko.html>.

Tyčinky jsou rozmístěny více k periférii. Proto je obraz ostřejší, čím více se blíží ke žluté skvrně (Synek, 2014).

Dle Slowíka (2007) může v každé části oka dojít k poškození (vlivem nemoci, vrozené vady či úrazu) s následky pro správné vidění. Vidění je schopnost zrakově vnímat a rozlišovat. Dělíme ho na vidění centrální (barvy, tvary) a vidění periferní (prostor a orientace v něm).

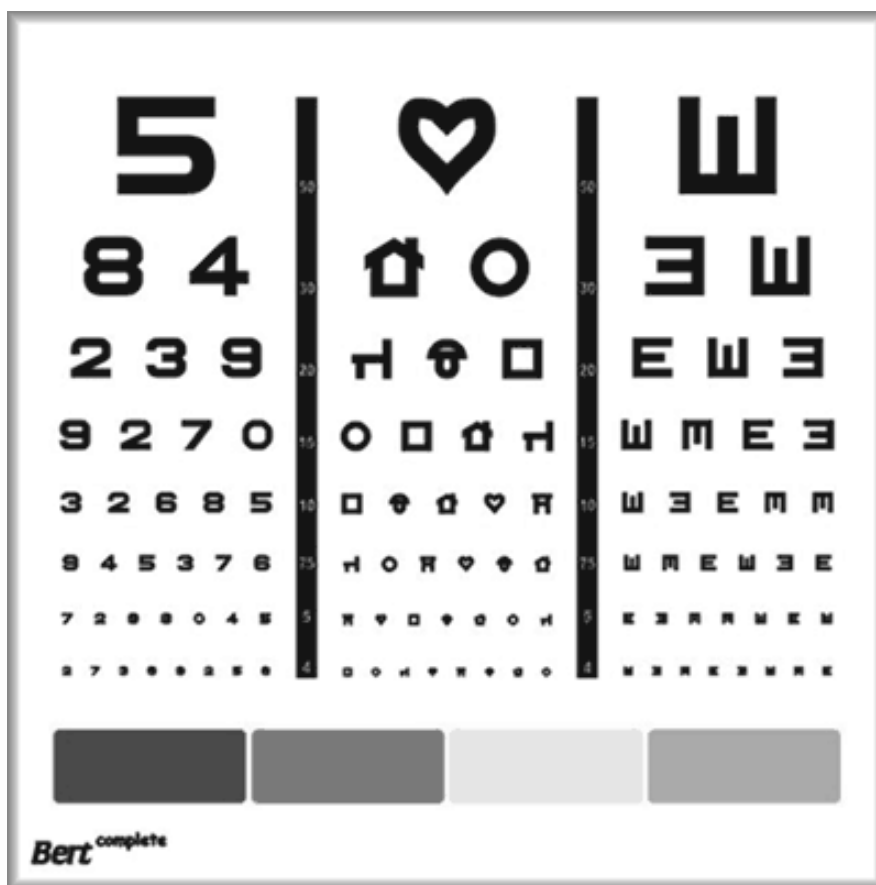
2.2.2 Vyšetření zraku

Každý již od útlého dětství podstupuje různá vyšetření, mezi která patří i každoroční prohlídka u oftalmologa. „Při vyšetření zraku nejčastěji zkoumá zrakovou ostrost, velikost zorného pole, barvocit, kontrastní citlivost a adaptaci na světlo a tmu.“⁵

Vizus lze tedy definovat jako schopnost oka identifikovat dva co nejbližší ležící body jako dva oddělené objekty. Zraková ostrost oka je dána jeho rozlišovací schopností a jeho refrakčním stavem. Vizus do dálky se vyšetřuje pomocí optotypů ve vzdálenosti 5 až 6 metrů. Zraková ostrost se stanovuje na optotypech do blízka, to je na čtecí vzdálenosti 40 cm. Vizus vyjadřujeme zlomkem, kde v činiteli je vyšetřovací vzdálenost v metrech a ve jmenovateli je číslo řádku na optotypu (viz obrázek č. 2 – Příklady optotypů), který přečte zdravé oko. Vizus do dálky se v ordinaci testuje pomocí obrazců s písmeny, s číslicemi či jinými značkami o různých velikostech. Při korekci zraku na obrazce pozorují ze vzdálenosti 5 nebo 6 metrů. Při vyšetřování do blízka se používají krátké odstavce textů různě velkých písmen. Zde se však zkouší nejen zraková ostrost, ale i schopnost čtení a akomodace oka (Trnka, 2012).

⁵TRNKA, Václav. *Charakteristika a organizace sportu osob se zrakovým postižením v České republice*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4619-583.

Obrázek 2 Příklady optotypů⁶



2.2.3 Zrakové postižení

„V České republice žije až 100 000 zrakově postižených osob, přesné statistické údaje o počtu osob se zrakovým postižením nejsou k dispozici. Při odhadech počtu zrakově postižených se vychází z procentuálního výskytu zrakových vad v populaci, který bývá odhadován na 0,6 až 1,5 %.“⁷

Kdo je tedy osobou se ZP? Ne každý kdo má brýle nebo kontaktní čočky je považován za ZP. Ve chvíli, kdy brýle vadu korigují, ať už je to při nejčastějších vadách, např. akomodaci čočky, nehovoříme o ZP. Tato vada nás totiž nijak zvlášť neomezuje ani neovlivňuje. Jakmile člověku běžná korekce nepostačuje a vada ho omezuje v každodenních činnostech, můžeme vadu definovat jako ZP (Slowík, 2007).

⁶*Příklady optotypů* [online]. 2013 [cit. 16. dubna 2014.]. Dostupné z WWW <http://www.optotypy.cz/>.

⁷TRNKA, Václav. *Charakteristika a organizace sportu osob se zrakovým postižením v České republice*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. **ISBN 978-802-4619-583**.

„Za osobu se zrakovým postižením (z pohledu tyflopédie) považujeme toho jedince, který i po optimální korekci (chirurgické, brýlové, apod.) má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou (např. čtení černotisku, zraková orientace v prostoru atd.)“⁸

Poškození zraku a poruchy vidění obvykle znamenají např. snížení citlivosti na podněty, naopak zvýšení času na reakce a prodlužování průběhů poznávacích procesů, neúplnost procesů a výsledků poznávání, chyby a nedostatky v průběhu poznávání, informační deficit, senzorická deprivace, zvýšení citlivého prožívání nedostatků s depresivním nebo agresivním vyústěním, snížená adaptabilita na různá prostředí, snížená výkonnost v různých aktivitách, zvýšená míra specifických potřeb umožňujících vyrovnávat nedostatky vyvolané poškozením zraku a snížená soběstačnost při zvýšené potřebě samostatnosti a asertivity. Uvedené ukazatele charakterizují odchylku ZP od existence jedinců majoritní společnosti (Jesenský, 2002).

Na kompenzaci zraku a funkce vidění působí vnitřní a vnější činitelé. K činitelům vnitřním patří především vnímání, představování, myšlení s řečí opírající se o náhradní smysly (hmat, sluch, čich, chuť a pohybový komponent). Mezi vnější činitele patří podpora a pomoc ZP (Jesenský, 2002).

2.2.4 Etiologie a klasifikace zrakových vad

ZP může vzniknout poškozením jakékoliv části zrakového ústrojí. Vznik vady nebo postižení dělíme na prenatalní, perinatální a postnatální období. Prenatální příčiny jsou nejčastěji vrozené či způsobené infekčním onemocněním matky. Perinatální poškození bývají nejčastěji mechanického či chemického původu. Bývají to předčasné, komplikované, či chybně provedené porody. Novorozenec může být v inkubátoru ozářen, při porodu nešetrně vyňat či přiškrcen pupeční šňůrou. O postnatální poškození zraku se nejčastěji zaslouží infekční onemocnění, nádory, úrazy a záněty. Nejčastěji se objevují šedý a zelený zákal, refrakční vady, patologické deformace sítnice, tzn. retinopatie, které se vyskytují u diabetu nebo oběhových vad. Po 45. roce věku se objevuje skleróza oční čočky, která způsobuje pokles zrakové ostrosti. Dalšími běžnými typy zrakových vad jsou těžší formy dalekozrakosti,

⁸SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, Pedagogika (Grada). ISBN 9788024717333.

krátkozrakosti či astigmatismu. Získané vady bývají ve velké míře progresivní, proto lidé postupem času podstupují chirurgické zákroky (Květoňová, 2002).

Zrakové vady a postižení můžeme rozdělit do mnoha kategorií dle různých kritérií. Podle postižení zrakových funkcí (např. snížení zrakové ostrosti, omezení zorného pole, porucha barvocitu, poruchy akomodace, poruchy zrakové adaptace, poruchy okohybné aktivity nebo poruchy hloubkového 3D vidění), podle stupně ZP (slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost), podle doby vzniku (vrozené nebo získané), podle etiologie – orgánové, jako je např. vada čočky nebo sítnice, anebo funkční, jako je např. porucha binokulárního vidění, tupozrakost, strabismus apod. (Slowík, 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala následující klasifikaci ZP. V tomto dělení je důležitá hodnota zrakové ostrosti, respektive významné snížení této hodnoty.

1. **střední slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) – minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 – 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2. **silná slabozrakost** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) – minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 – 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3. **těžce slabý zrak**
 - a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) – minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 – 1/50, kategorie zrakového postižení 3
 - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4. **praktická slepota** – zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5. **úplná slepota** – ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5.

2.2.5 Zrakové vady

Refrakční vady jsou nejčastější onemocnění, při nichž dochází k špatné lomivosti dopadajících paprsků. Z tohoto důvodu se nezobrazí na sítnici, tím pádem se nevytvoří ostrý obraz. U těchto vad je z různých příčin narušen poměr mezi optickou lomivostí oka a jeho předozadní délkou. Při krátkozrakosti (myopii) dopadají paprsky před sítnici a při dalekozrakosti (hypermetropii) za sítnici. Mezi další typy refrakčních vad patří šilhání (strabismus), špatné zakřivení rohovky (astigmatismus), odchlípnutí sítnice (amotio retinae) a další. Tyto vady se korigují buď konzervativně (brýlemi nebo kontaktními čočkami) nebo operativně (Kraus, 1997).

Šedý zákal (katarakta) se dle Moravcové (2004) projevuje částečnou nebo úplnou ztrátou průhlednosti čočky. Při této nemoci dochází ke vzniku neprůhledných skvrn, které se tvoří shlukováním a štěpováním bílkovin uvnitř čočky. Tyto skvrny znemožňují prostupnost světla a způsobují rozmazané a zakalené vidění. Závažnost této poruchy závisí na lokalizaci, rozsahu a hustotě skvrn. Pro vznik katarakty můžou být rizikovými faktory např. UV záření, obezita či kouření.

Zelený zákal (glaukom) je charakteristický zvýšením nitroočního tlaku, který omezuje a zhoršuje cévní výživu zrakového nervu a tím dochází ke změnám zrakové ostroty a zrakového pole. Nitrooční tlak musí být pravidelně kontrolován, aby nedošlo k nevratnému zužování zorného pole až k slepotě. V České republice je to jedna z nejčastějších příčin slepoty. Zelený zákal může být vrozený nebo získaný. Rizikové faktory pro vznik zeleného zákalu jsou:

- věk
- dědičnost
- rasa
- vady zraku
- vady krevního oběhu (Kraus, 1997).

Retinopatie je porucha typická patologickými změnami sítnice a jejích cév. Vznikají v souvislosti s chorobami, jako je např. cukrovka (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), zvýšení krevních tuků (hyperlipidemie). Může se objevit i u nedonošených dětí. Nejčastějším cévním onemocněním sítnice je diabetická retinopatie a trpí jím populace, která

má diagnostikovanou cukrovku. Při tomto onemocnění se snižuje zraková ostrost. Ta je velice individuální. U některých postižených nemusí být výrazná, u jiných velice omezuje kvalitu života. Retinopatie nedonošených vzniká u nedonošených a nezralých dětí s porodní váhou menší než 2200 g. Tyto děti musí být umístěny do inkubátorů s vysokým příívodem kyslíku. Po přenosu do normálního prostředí dochází ke krvácení do sítnice a sklivce. Sítnice se kalí a odchlípuje. Onemocněného vede velmi často ke slepotě (Silbernagl, 2004).

2.2.6 Slabozraký, osoba se zbytky zraku a nevidomý

Slabozrakým člověkem je ten, který ani s optimální brýlovou korekcí nevidí úplně dobře. Jeho vidění se nejčastěji projevuje jako rozostřené, každý předmět je nejasně viditelný a jeho obrysy nezřetelné. Někteří slabozrací si musí dávat objekty mimořádně blízko před oči, aby je dobře viděli. Dalším omezením může být omezené vidění z hlediska zorného pole, tzn., že jedna nebo více částí celého obrazu jsou rozostřené, deformované nebo zcela chybí. V neposlední řadě může být další komplikací malé nebo velké množství světla, tzv. intenzita světla (Slowík, 2007).

„Osoba se zbytky zraku je chápána jako jakýsi mezistupeň mezi těžkou slabozrakostí a praktickou slepotou. Vizus je v tomto případě vymezen poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 3/60 až 1/60 nebo je zorné pole omezeno na 5 – 10 stupňů kolem centrální fixace.“⁹

Nevidomého člověka můžeme vymezit jako „*neschopného jedince vnímat zrakem, i když je zachováno určité zrakové čítí – světlocit.*“¹⁰ Nevidomost můžeme dělit na dvě základní formy. První je nevidomost praktická, jež je vymezena poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až světlocit se správnou projekcí nebo jako poškození zorného pole v intervalu 5 – 10 stupňů. Druhou kategorií je totální nevidomost, která se pohybuje mezi zachovalým světlocitem s chybnou projekcí až po úplnou ztrátu světlocitu (Květoňová, 2000).

⁹HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-807-3151-591.

¹⁰KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-859-3184-2.

2.3 Goalball

ZP mají naprosto odlišný životní styl než zdravé osoby. Často se neobejdou bez pomoci druhých i v normálních každodenních činnostech. Vedou tzv. sedavý životní styl, a proto jsou náchylnější k různým onemocněním a poruchám. Postižení jedinci trpí psychologickými problémy i duševními poruchami. Cítí se odlišní a vyloučení od zdravé populace. Pohyb a především sport přináší osvěžení, uvolnění a odpočinek. Posiluje celkovou psychiku, zdravé sebevědomí a odstraňuje tak strach z pohybu. Rekreační činnosti u ZP zajišťují kontakt s okolím a odbourávají jeho izolaci vůči společnosti (Slepička, 2006).

U zrakově postižených je velice důležité začít s pohybovými aktivitami již v útlém věku, kdy ještě nemají pevně zafixované špatné pohybové stereotypy. Pro děti je snazší se naučit správnému pohybu a tím předejít mnoha zdravotním komplikacím v budoucím životě (Nielsen, 1998).

Mezi nejoblíbenější sporty patří např. atletika, plavání, lyžování, cyklistika, showdown, zvuková střelba, kuželky, sportovní lezení, ale především goalball. V České republice je goalball jednoznačně nejrozšířenější a nejoblíbenější. Podporují ho ve všech základních a středních školách pro zrakově postižené a většina dětí se hře věnuje v pozdějším věku (Trnka, 2012).

2.3.1 Charakteristika

Název goalball dali této hře Rakušan Hanz Lorenz a Němec Sett Reindle, kteří v roce 1946 vymysleli, že by se tato hra mohla aplikovat jako rehabilitace vojáků, kteří za 2. světové války přišli o zrak. „*Předlohou pro zpracování této hry jim byli torball a rollball.*“¹¹ Na Paralympiádě se poprvé objevil v roce 1976 v Kanadě a první světové mistrovství se konalo v roce 1978 v Rakousku. Od roku 1983 se také téměř pravidelně koná Mistrovství Evropy (Trnka, 2012).

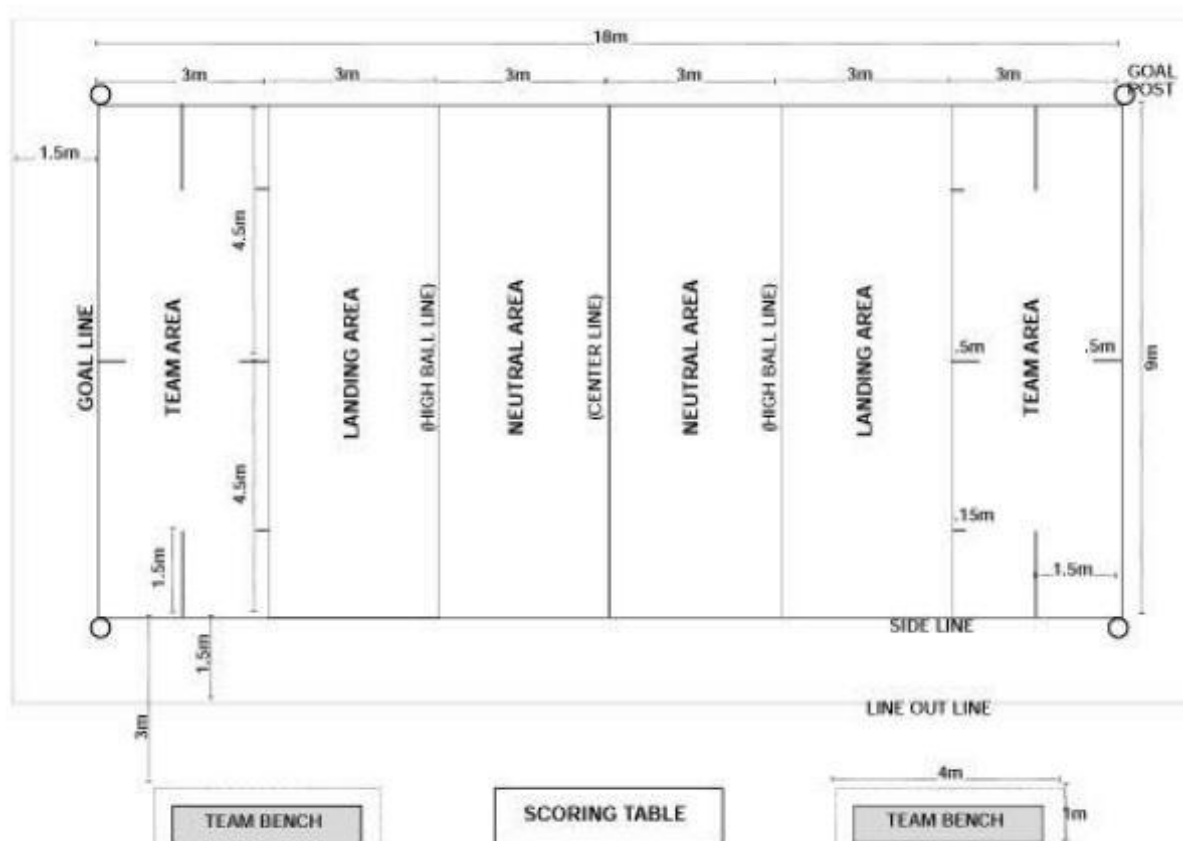
Goalball je míčová kolektivní hra, při které se družstva skládají ze tří hráčů a nejvýše tří náhradníků. Hrací plochou pro goalball je obdélník o délce 18 m a šířce 9 m. Obranným pás-

¹¹Goalball - míčová hra pro zrakově postižené a nevidomé [online]. 2009 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW <http://www.ocnivady.cz/novinky-a-clanky/goalball-micova-hra-pro-zrakove-postizene-a-nevidome>.

mem je prostor o šířce 9 m a hloubce 3 m směrem od základní brankové čáry do středu hrací plochy. Útočným pásmem je prostor, který bezprostředně sousedí s obranným pásmem ve směru do středu hrací plochy. Šířka útočného pásma je 9 m a hloubka 3 m. Zbývající prostor mezi oběma útočnými pásmy o hloubce 6 m je neutrální pásmo.¹² Viz obrázek č. 3 – Hrací plocha s obranným, útočným a neutrálním pásmem.

Obrázek 3 Hrací plocha s obranným, útočným a neutrálním pásmem¹³



„K prostorové orientaci na hrací ploše slouží hráčům orientační čáry o šířce 5 cm, které jsou uzpůsobeny pro hmatovou orientaci hráče tak, že všechny čáry jsou ve svém středu podlepeny šňůrou o tloušťce 0,3 cm.“¹⁴

¹²Goalballuk [online]. 2013 [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z WWW http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S15176922011000500005&script=sci_arttext&tlng=en.

¹³Hrací plocha s obranným, útočným a neutrálním pásmem [online]. 2013 [cit. 18. 3. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.tjzora.cz/tjzora/gopravid.pdf>.

¹⁴TRNKA, Václav. *Charakteristika a organizace sportu osob se zrakovým postižením v České republice*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4619-583.

Hra využívá dvou branek, které jsou široké 9 m a vysoké 1,3 metrů. Brankové tyče jsou kulaté a stojí mimo hrací plochu v rovině se základní brankovou čarou. Dále je potřeba goalballový míč, který má hmotnost 1 250 g, obvod 75,5 – 78,5 cm a průměr 24 – 25 cm. Uvnitř míče s 8 otvory o průměru jeden centimetr jsou umístěny 2 rolničky, které vydávají zvuk.¹⁵

Obrázek 4 Goalballový míč¹⁶



Hra je rozdělena na dva dvanáctiminutové poločasy s třiminutovou přestávkou. V základní skupině turnajů mohou zápasy končit nerozhodným výsledkem. Pokud je výsledek zápasu po skončení hrací doby nerozhodný a je nutné určit vítěze, prodlužuje se zápas dvěma třiminutovými poločasy. Každé družstvo má v průběhu normální hrací doby povoleny čtyři oddechové časy, každý s dobou trvání 45 sekund, určené k udílení taktických pokynů od trenérů. Každé družstvo může v průběhu normální hrací doby střídat nejvýše čtyřikrát. V průběhu nastavování může střídat každé družstvo jednou.¹⁷

V goalballe jsou všichni hráči zároveň brankáři i střelci. Chytá se vleže na boku proto, aby chytající hráč zabral na zemi co nejvíce prostoru a tím mohl lépe chytit míč, který může

¹⁵Klasifikace, pravidla a postupy [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW <http://www.ibsa.es/eng/deportes/goalball/presentacion.htm>.

¹⁶Goalballový míč [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015]. Dostupné z WWW <https://pcdn.sport-thieme.com/P400/109-9108>

¹⁷Úvodní strana [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.bscprague.eu.htm>.

přejít hrací plochu již za 0,7 s. Po chycení nebo odražení míče musí hráč rychle vstát, aby měl dost času se připravit na střelu či přihrát spoluhráči. Hráč musí vypustit míč tak, aby se dotkl hřiště v jeho útočném pásmu a znovu se dotkl neutrálního pásma. Průběh hry může být klidný, ale i velmi rychlý. Z tohoto důvodu musí mít hráči dobré silově rychlostní a vytrvalostní schopnosti. Fyzickou náročnost podporuje i pravidlo, jež říká, že družstvo, které chytá, musí od prvního obranného kontaktu míč do 10 s dostat za půlící čáru předepsaným způsobem. Za každé porušení pravidel je družstvo potrestáno penaltovým hodem. Penaltový hod znamená, že chytá jeden hráč. U osobních provinění chytá hráč, který pravidla porušil a u týmových prohřešků si soupeř může vybrat, kdo bude danou penaltu chytat.¹⁸

2.3.2 Úspěšnost české reprezentace¹⁹

Tabulka 10 Úspěšnost české reprezentace (1991 – 2014)

Rok	Turnaj	Místo konání	Umístění
1991	ME	Lahty (Finsko)	10.
1993	ME	Loughborough (VB)	2.
1994	MS	Colorado Springs (USA)	6.
1996	POH	Atlanta (Canada)	12.
1997	ME	Palanga (Litva)	8.
1999	ME	Praha (ČR)	4.

¹⁸ *Klasifikace, pravidla a postupy* [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.ibsa.es/eng/deportes/goalball/presentacion.htm>.

¹⁹ *Historie české reprezentace* [online]. 2002 [cit. 25. 3. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.goalball.cz/category/reprezentace/historie-reprezentace/>.

2000	ME	Helsinky (Finsko)	9.
2002	ME (B)	Levoča (Slovensko)	3.
2003	Klasifikace na POH	Quebeck (Canada)	9.
2005	ME (B)	Nerpelt (Belgie)	11.
2006	ME (B)	Praha (ČR)	3.
2007	Klasifikace na POH	Sao Paulo (Brazílie)	9.
2008	ME (B)	Pajulahti (Finsko)	8.
2009	ME (C)	Albufeira (Portugalsko)	5.
2011	ME (C)	Bialystok (Polsko)	1.
2012	ME (B)	Ascoli Piceno (Itálie)	1.
2013	ME (A)	Konye (Turecko)	6.
2014	MS	Espoo (Finsko)	6.

2.3.3 Sportovní organizace na mezinárodní a národní úrovni

IBSA (International Blind Sports Association, Světová sportovní federace nevidomých sportovců) byla založena v roce 1981 a je neziskovou organizací registrovanou ve Španělsku. Je členem Mezinárodního paralympijského výboru. Náplň její činnosti je podpora sportovních aktivit pro zrakově postižené na mezinárodní, národní a regionální oblasti. Vede mezinárodní závody a podílí se na ustanovení pravidel pro jednotlivé sporty (Trnka, 2012).

IPC (International Paralympic Committee, Mezinárodní paralympijský výbor) je mezinárodní organizace pro sportovce s psychickým, fyzickým a zrakovým postižením. Mezi její činnosti patří organizace paralympijských her a různých mezinárodních sportovních akcí. Paralympiáda je pro postiženého sportovce vrcholem v jeho kariéře. Zájem o ni není bohužel tak velký jako o klasické olympijské hry.²⁰

„Organizaci sportu osob se zdravotním, respektive zrakovým postižením upravují zejména Stanovy Unie zdravotně postižených sportovců České republiky (2005), Stanovy Českého paralympijského výboru (2005) a Stanovy Českého svazu zrakově postižených sportovců“²¹

ČSZPS (Czech Blind Sportsmen Association, Český svaz zrakově postižených sportovců) je sportovní instituce, která je zaměřena na sportovní aktivity zrakově postižené populace v České republice. Je řádným členem Unie zdravotně postižených sportovců, Českého paralympijského výboru, mezinárodních organizací jako je IBSA a IPC. Hlavním posláním svazu je koordinovat, organizovat a řídit na odborné a profesionální úrovni sportovní a pohybové aktivity pro všechny věkové kategorie a pro všechny druhy i stupně zrakového postižení. Registruje více než 2 000 členů provozujících sport na velmi dobré úrovni. V České republice existuje nepřeberné množství sportovních klubů, jako je např. BSC Praha, TJ START V. D. Plzeň, TJ Zora Praha, SK Slávie Praha OZP a SK Orbita Brno.²²

Pro získání sportovní klasifikace a tím i zajištění vstupu do oficiálních soutěží je každý sportovec povinen provést registraci prostřednictvím nějakého oddílu nebo klubu. Přihláška musí být potvrzena a doručena spolu s průkazovou fotografií na ČSZPS. Na jejím základě svaz vystaví sportovci tzv. členský průkaz. Přihláška musí být také doložena žádankou a lékařskou dokumentací (např. vyšetření perimetrem) od příslušného oftalmologa registrujícího se sportovce. Po lékařské prohlídce se sportovec objedná ke klasifikátorce pověřené ČSZPS. Ta je povinna výsledek klasifikace B1, B2 a B3 zaznamenat do členského průkazu, kterým se sportovec prokazuje při soutěžích ČSZPS. Česká pravidla pro klasifikaci vycházejí z pravidel IBSA.²³

²⁰ IPC [online]. 2013 [cit. 22. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.paralympic.org/the-ipc>.

²¹ TRNKA, Václav. *Charakteristika a organizace sportu osob se zrakovým postižením v České republice*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4619-583.

²² Pravidla [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf>.

²³ Pravidla [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf>.

2.3.4 Sportovní klasifikace

Klasifikaci jsou oprávněni provádět oční lékaři, kteří získali akreditaci klasifikátora příslušné klasifikační komise International Blind Sports Association. Klasifikátor nesmí na mezinárodních závodech klasifikovat sportovce ze státu, ze kterého sám pochází. IBSA stanoví v dokumentu „IBSA Medical Procedures“ níže uvedené požadavky pro klasifikaci sportovců se zrakovým postižením:

- **kategorie B1** – bez světlocitu i se světlocitem, ale bez schopnosti rozeznat tvar ruky z jakékoliv vzdálenosti a směru
- **kategorie B2** – od schopnosti rozeznat tvar ruky až po zrakovou ostrost 2/60 a/nebo zorné pole menší než 5 stupňů,
- **kategorie B3** – od zrakové ostrosti 2/60 do 6/60 a/nebo zorné pole větší než 5 stupňů a menší než 20 stupňů.²⁴

Mezinárodních soutěží (např. ME, MS, POH) se nesmí účastnit hráč, který nespádá ani do jedné z kategorií. V České republice se smí dle pravidel ČSZPS zápasu účastnit nejvýše jeden hráč, který dle klasifikace nespádá do žádné z kategorií (Trnka, 2012). „*Jde o kategorii B4 open – tzn. lehce slabozrací, kteří se často stávají pomocníky či traséry pro kategorii sportovců B1.*“²⁵

²⁴Pravidla [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015]. Dostupné z WWW <http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf>.

²⁵ VACHULE, R. *Sport a rekreační aktivity zdravotně postižených dětí*. Praha: Asociace rodičů a přátel zrakově postižených dětí v České republice, 1998.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je charakterizovat hru goalball, zjistit a porovnat kvalitu života zrakově postižených sportovců, kteří se tomuto sportu věnují.

3.2 Hypotézy

- H1: Míra zrakového postižení hráčů goalballu nebude mít výrazný vliv na jejich kvalitu života.
- H2: Kvalita života u hráčů goalballu, kteří se hře věnují více než 5 let, bude významně vyšší než u ostatních hráčů.
- H3: Nejvýznamnější faktor ovlivňující kvalitu života je u hráčů goalballu volný čas.

3.3 Úkoly práce

Na počátku bakalářské práce byly vymezeny následující úkoly:

- vyhledání a prostudování všech dostupných zdrojů týkajících se tématu bakalářské práce
- volba systematického obsahu teoretické části práce, stanovení cíle a hypotéz bakalářské práce
- výběr definované populace – zrakově postižení hrající goalball
- volba dotazníku SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis), který zjišťuje kvalitu života (v našem případě u ZP)
- sestavení dotazníku vlastní konstrukce
- rozdání dotazníků
- sběr a zpracování dat
- interpretace výsledků

3.4 Metodika práce

Jednalo se o kvantitativní výzkum metodologického typu pozorování. Pro správné zvolení zkoumané metody byly položeny tyto otázky: *Co je předmětem zkoumání?, Jaká je cílová skupina?, Čeho chceme ve výzkumu dosáhnout?*

Na základě statistického zpracování kvantitativně získaných dat můžeme poznatky využívat k efektivnějšímu rozhodování a přesnějšímu plánování.

3.4.1 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 30 hráči goalballu. Respondenti zařazení do výzkumu byli účastníci goalballové ligy v roce 2013/2014 spadající pod ČSZPS (Český svaz zrakově postižených sportovců). Respondenti byli osloveni prostřednictvím společné e-mailové adresy s názvem „Konference pro hráče a příznivce goalballu“ (goalball@konference.braillnet.cz).

Díky kompenzačním pomůckám (počítač s hlasovým výstupem) byli někteří účastníci schopni vyplnit dotazník v digitální podobě, s ostatními byl vyplněn ústně. Výzkumu se zúčastnili muži ve věku 18 – 60 let. Z dotazníků bylo zjištěno, v jak velkém městě či vesnici respondenti žijí (viz graf č. 1 – Místo bydliště), jaké je jejich ukončené vzdělání (viz graf č. 2 – Ukončené vzdělání), jaký je jejich rodinný stav (viz graf č. 3 – Rodinný stav), zda docházejí do zaměstnání (viz graf č. 4 – Zaměstnání), jak hodnotí svoji finanční situaci (viz graf č. 5 – Finanční situace) a jaká je jejich sportovní klasifikace (viz graf č. 6 – Sportovní klasifikace).

3.4.2 Použitá metoda

V rámci bakalářské práce byl použit standardizovaný dotazník SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis), který mohli hráči goalballu vyplnit buď elektronicky, nebo ústně. Ústní formu využilo 18 respondentů a zbylých 12 vyplnilo dotazník elektronicky. Každý respondent byl poučen o tom, jak dotazník vyplnit. Zúčastnění se nejdříve vyjádřili k demografickým údajům obsaženým v první části a následně pak k otázkám jednotlivých životních oblastí. Kromě dotazníku SQUALA byl využit dotazník vlastní konstrukce. Skládal se ze 7 otázek (viz tabulka č. 1 – Doplnující dotazník).

Tabulka 1 Doplnující dotazník

1.	Jak dlouho se věnujete goalballu?	Méně než 2 roky	2 – 5 let	5 – 10 let	Více než 10 let
2.	Kolikrát týdně trénujete?	Méně než 1x	1x	2x	3x a více
3.	Jaké další sporty pravidelně provozujete? (možnost vyplnit volná pole)	Žádný	Fotbal	Showdown	Lezení
		Atletika	Plavání	Cyklistika	Lyžování
4.	Jaká je vaše oční klasifikace?	B1	B2	B3	B4
5.	Jaký je typ vaší vady?	Vrozená		Získaná	
6.	Je vaše oční vada progresivní (může se zhoršovat)?	ANO		NE	
7.	Je možnost léčby vaší oční vady?	ANO		NE	

Dragomerická (2006) kvalitu života měří ze subjektivního hlediska a k tomuto účelu je vhodný dotazník kvality života SQUALA. Byl vytvořen v roce 1992 ve Francii M. Zannottim a vychází z Maslowovy teorie potřeb. Původní dotazník zahrnuje 23 oblastí života týkající se vnější i vnitřní skutečnosti každodenního života.

Česká verze dotazníku obsahuje 21 oblastí (vynechány byly oblasti politika a víra). Viz tabulka č. 2 – Oblasti české verze dotazníku SQUALA. Dotazník zjišťuje spokojenost a důležitost, kterou respondent jednotlivým oblastem přikládá. Důležitost kvality života je vyhodnocována na pětibodové škále (0 = bezvýznamné, 1 = málo důležité, 2 = středně důležité, 3 = velmi důležité, 4 = nezbytné) a spokojenost je též vyhodnocována na pětibodové škále (1 = velmi zklamán, 2 = nespokojen, 3 = spíše spokojen, 4 = velmi spokojen, 5 = zcela spokojen).

Tabulka 2 Oblasti české verze dotazníku SQUALA

1.	Být zdraví	2.	Být fyzicky soběstačný	3.	Cítit se psychicky dobře
4.	Příjemné prostředí a bydlení	5.	Dobře spát	6.	Rodinné vztahy
7.	Vztahy s ostatními lidmi	8.	Mít a vychovávat děti	9.	Postarat se o sebe
10.	Milovat a být milován	11.	Mít sexuální život	12.	Odpočívat ve volném čase
13.	Mít koníčky ve volném čase	14.	Být v bezpečí	15.	Práce
16.	Spravedlnost	17.	Svoboda	18.	Krása a umění
19.	Pravda	20.	Peníze	21.	Dobré jídlo

3.4.3 Sběr dat

Dotazníky byly rozeslány prostřednictvím společné e-mailové adresy s názvem *Konference pro hráče a příznivce goalballu* (goalball@konference.brailnet.cz). S respondenty, kterým nevyhovovala elektronická forma, byl dotazník vyplněn ústně. Při ústním vyplňování bylo využito 1. kolo goalballové ligy 2014/2015 konané oddílem TJ ZORA PRAHA a 2. kolo goalballové ligy 2014/2015 konané oddílem TJ START V. D. Plzeň.

Sběr dat probíhal od listopadu roku 2014 do ledna roku 2015. Všem dotazovaným byl vysvětlen důvod, smysl a cíl výzkumu. Respondenti byli ujištěni, že získaná data budou využita výhradně pro účely bakalářské práce. Všichni respondenti byli velice ochotní dotazník vyplnit. Na otázky „milovat a být milován“ a „mít sexuální život“ se respondenti mnohdy styděli odpovědět, ale i přes všechny stresující faktory byla všechna data shromážděna.

3.4.4 Analýza dat

Získaná data byla přepsána do předem připravených tabulek v programu Microsoft Office Excel. Při zpracovávání získaných dat jsme pracovali s tzv. skóry. Skór je v našem případě číselná hodnota jednotlivých stupňů důležitosti nebo míry spokojenosti.

V rámci dotazníku SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis) rozlišujeme při vyhodnocování 2 typy skórů (hrubý a parciální skór). Hrubý skór je překódování subjektivního posouzení jednotlivých životních oblastí, kde u důležitosti znamená 0 = bezvýznamné, 1 = málo důležité, 2 = středně důležité, 3 = velmi důležité a 4 = nezbytné. Stejně tak byla překódována oblast spokojenost, kde je 1 = velmi zklamán, 2 = nespokojen, 3 = spíše spokojen, 4 = velmi spokojen a 5 = zcela spokojen. Parciální skór je součin hrubých skórů důležitosti a spokojenosti (např. oblast „dobře spát“ – QOL5 je součin skóre důležitosti D05 a skóre spokojenosti S05). Výsledek může vyjít v rozmezí 0 – 20 bodů.

Součtem všech parciálních oblastí lze získat celkový skór QOL – CZ (součet QOL 01 – QOL 21). Dále bylo vytvořeno pět dimenzí, kde byl zjištěn průměr parciálních skórů a hrubých skórů (Dragomerická, 2006). K získání potřebných informací a tvorbě tabulek byly využity filtry a různé vztahy mezi zjištěnými údaji od respondentů. Viz tabulka č. 3 – Dimenze standardizovaného dotazníku SQUALA.

Tabulka 3 Dimenze standardizovaného dotazníku SQUALA

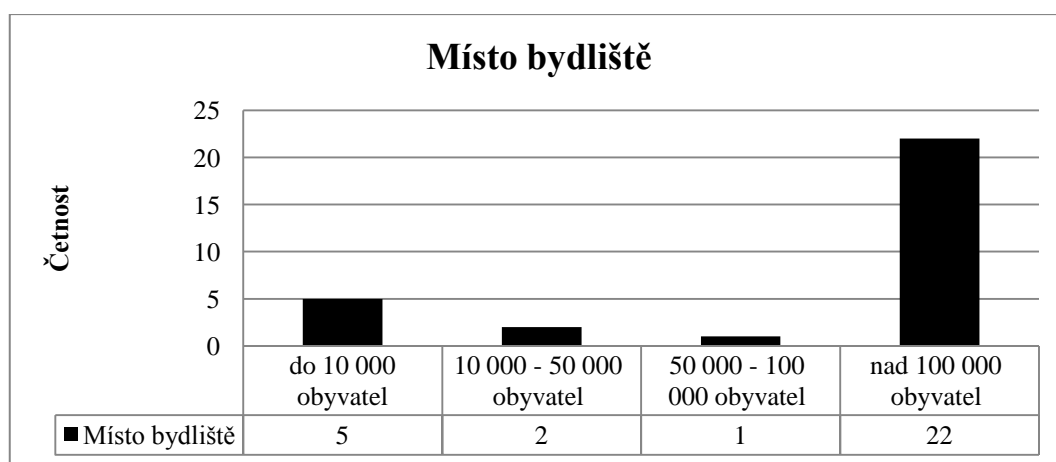
Dimenze	Název dimenze
Squala 1	Abstraktní hodnoty (squala – 14, 16, 17, 18, 19)
Squala 2	Zdraví (squala – 1, 2, 3, 9)
Squala 3	Blízké vztahy (squala – 6, 10, 11)
Squala 4	Volný čas (squala – 5, 7, 12, 13)
Squala 5	Základní potřeby (squala – 4, 20, 21)

4 VÝSLEDKY

V rámci výzkumu dotazníky vyplnilo 30 respondentů, kteří hrají goalball. Na základě těchto poznatků byla zhodnocena celková situace subjektivního vnímání kvality života hráčů goalballu. Nejmladšímu respondentovi bylo 18 let a nejstaršímu 60 let.

V grafu č. 1 – Místo bydliště je uvedeno v jak početné obci či městě respondenti žijí. Jedná se o obec do 10 000 obyvatel, město od 10 000 do 50 000 obyvatel, město od 50 000 do 100 000 obyvatel nebo velkoměsto nad 100 000 obyvatel.

Graf 1 Místo bydliště



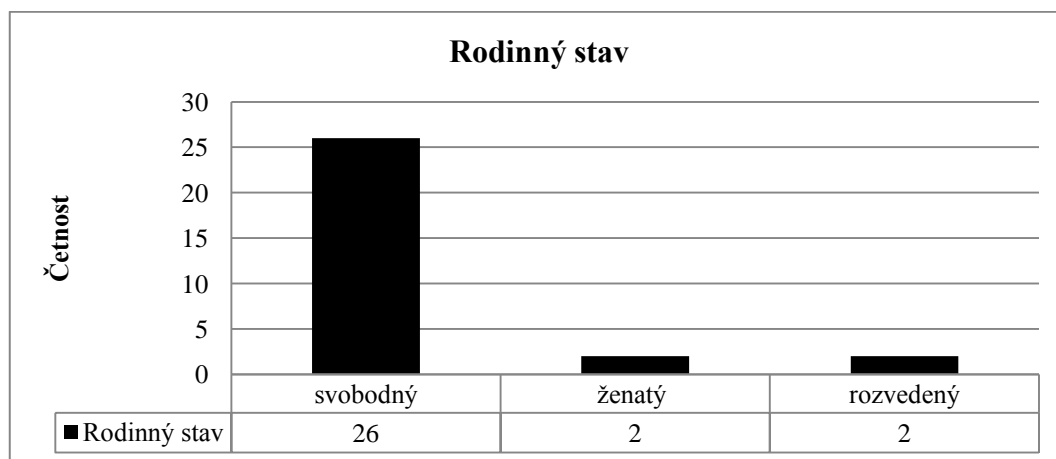
Graf č. 2 popisuje ukončené vzdělání respondentů. Výsledky ukazují, že účastníci výzkumu mají různou úroveň vzdělání: základní, středoškolské bez maturitní zkoušky, středoškolské s maturitní zkouškou a vysokoškolské.

Graf 2 Ukončené vzdělání



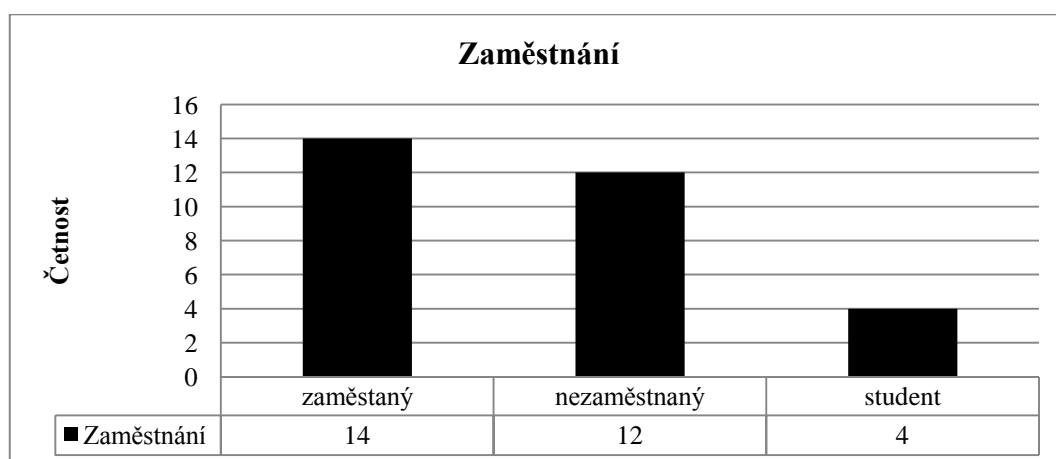
Z grafu č. 3 lze získat informace o rodinném stavu respondentů. V nejvyšší míře je zastoupena možnost svobodný. Dále se vyskytuje odpověď: ženatý a rozvedený.

Graf 3 Rodinný stav



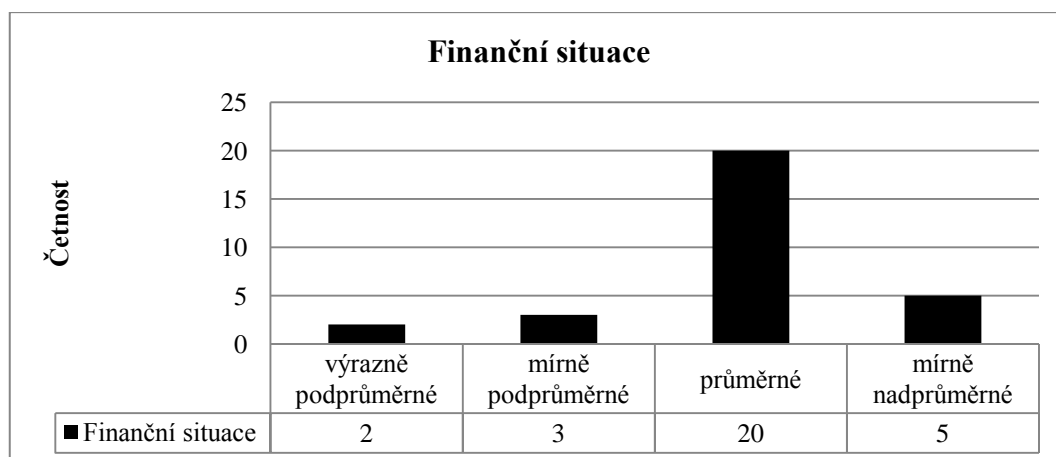
Z grafu č. 4 můžeme vyčíst kolik respondentů je zaměstnaných, nezaměstnaných či studujících. Nejčastější zaměstnání jsou průvodce v Neviditelné výstavě, právník, masér a podnikatel.

Graf 4 Zaměstnání



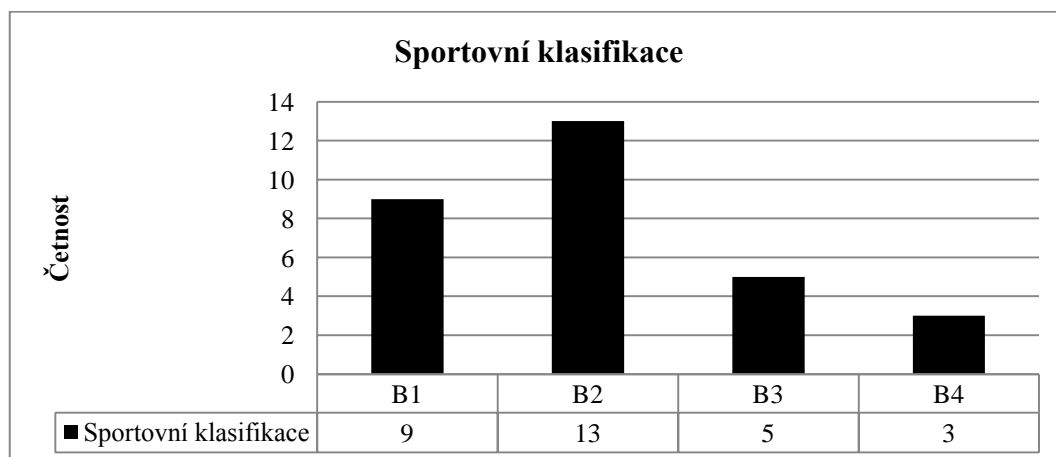
Graf č. 5 – Finanční situace popisuje, jak respondenti v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijí sami) hodnotili svou finanční situaci a hmotné zabezpečení. Na výběr měli: výrazně podprůměrné, mírně podprůměrné, průměrné, mírně nadprůměrné nebo výrazně nadprůměrné. Poslední z možností nebyla zastoupena žádnou odpovědí.

Graf 5 Finanční situace



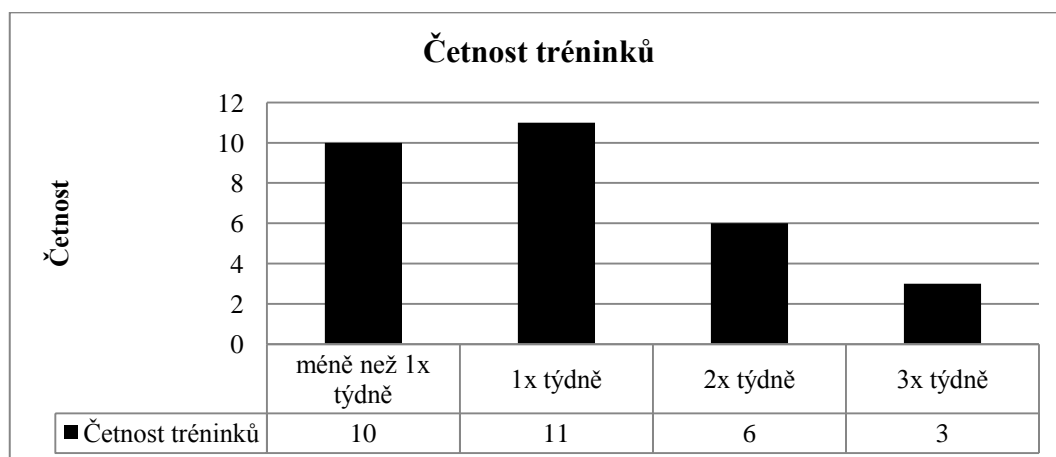
Jak je uvedeno v kapitole 2.3.4 Sportovní klasifikace se goalballisté dělí do kategorií B1, B2, B3 a B4. V grafu č. 6 – Sportovní klasifikace je znázorněn poměr klasifikací zkoumaného souboru.

Graf 6 Sportovní klasifikace



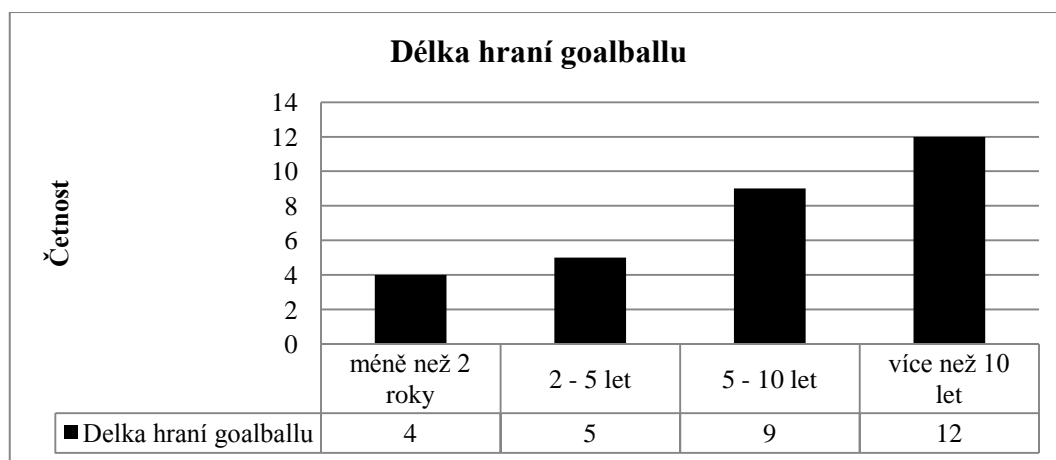
Graf č. 7 – Četnost tréninků dává informace o počtu tréninků týdně. Respondenti vybírali z možností méně než 1x týdně, 1x týdně, 2x týdně a 3x týdně a více.

Graf 7 Četnost tréninků



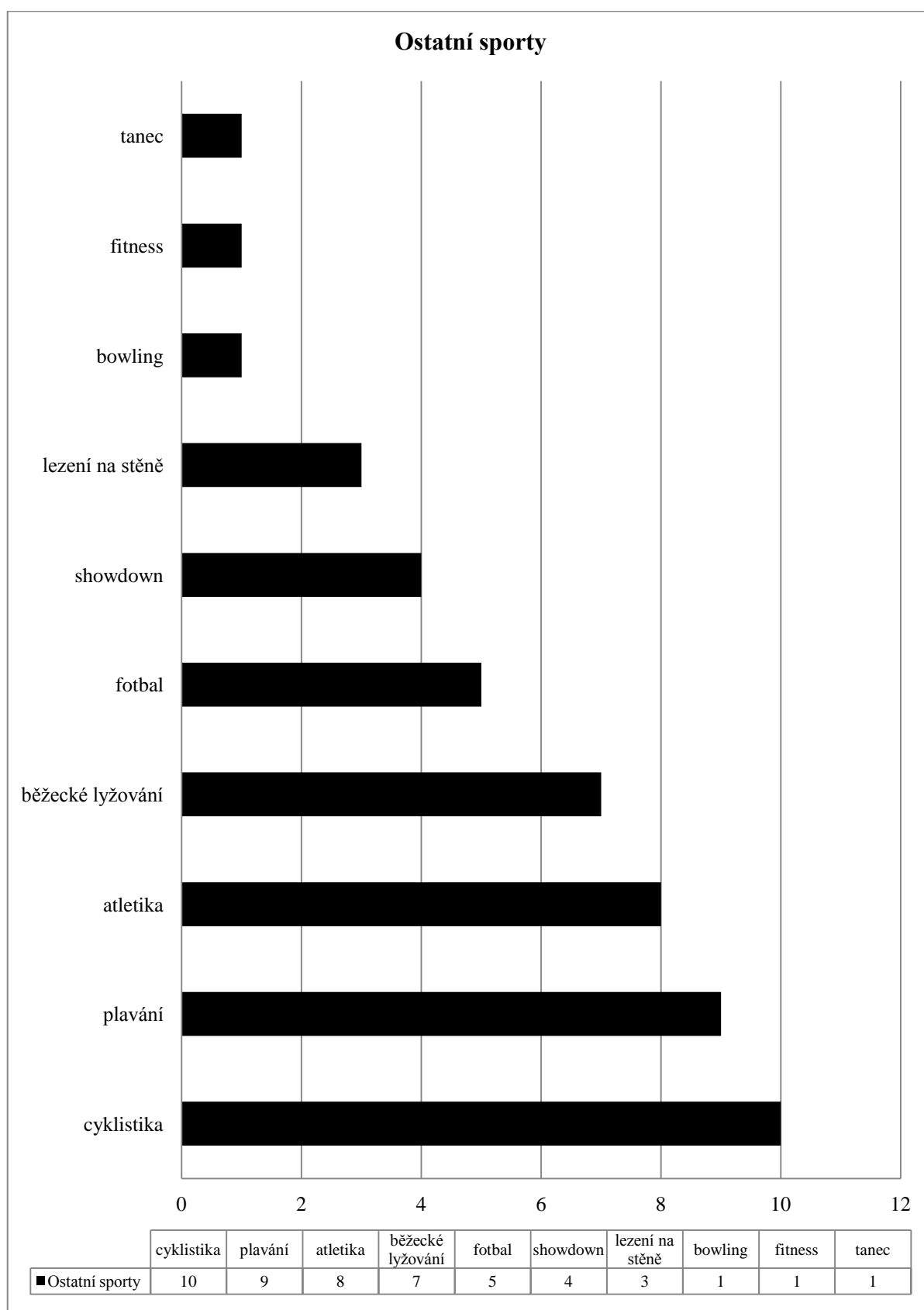
Graf č. 8 – Délka hraní goalballu poskytuje data o době, po kterou se respondenti účastní goalballových aktivit. Respondenti mohou spadat do kategorie hráčů, kteří hrají goalball méně než 2 roky, 2 roky až 5 let, 5 let až 10 let a více než 10 let.

Graf 8 Délka hraní goalballu



Na otázku „Jaké sporty kromě goalballu preferujete“, měl každý respondent k dispozici výčet nejoblíbenějších sportů pro zrakově postižené. Jednalo se o fotbal, showdown, sportovní lezení na umělé stěně, atletiku, plavání, cyklistiku a lyžování. Měli možnost vybrat i odpověď „žádný“. Tuto odpověď využilo 12 respondentů. Někteří vyplnili i vlastní nepředložené sportovní aktivity. Četnost ostatních sportů byla velice různorodá, nejvíce preferují goalballisté tandemovou cyklistiku (10), plavání (9), atletiku (8), běžecké a sjezdové lyžování (7), fotbal (5), showdown (4), sportovní lezení (3). Bowling, fitness a tanec byl označen jen jednou. Viz graf č. 9 – Ostatní sporty.

Graf 9 Ostatní sporty



Z průměrných hodnot parciálních skóre vyšlo, že nejlépe hodnocená oblast QOL je Zdraví, které získalo 63 %. Dále se zkoumané dimenze za sebe řadí následovně: Základní potřeby 58,7 %, Abstraktní hodnoty 57 %, Blízké vztahy 56,4 % a na posledním místě dimenze Volný čas 55,6 %. Viz tabulka č. 4 – Průměrné hodnoty parciálního skóre u dimenzí 1 – 5.

Tabulka 4 Průměrné hodnoty parciálního skóre u dimenzí 1 – 5

Dimenze	Název dimenze	Průměr parciálních skóre (%)
Squala 1	Abstraktní hodnoty	57 %
Squala 2	Zdraví	63 %
Squala 3	Blízké vztahy	56,4 %
Squala 4	Volný čas	55,6 %.
Squala 5	Základní potřeby	58,7 %,

Jestliže vypočítáme průměrné hodnoty skóre spokojenosti u stejných dimenzí, pořadí se změnilo následovně: nejvíce spokojeni byli respondenti s dimenzí Volný čas a Blízké vztahy, které mají 75,8 %, o dvě desetiny procenta méně mají Základní potřeby tedy 75,6 %. Ještě o něco méně jsou respondenti spokojeni s dimenzí Zdraví a to na 74,7 %. Dimenze Abstraktní hodnoty získaly pouze 73,7%. Viz tabulka č. 5 – Průměrné hodnoty skóre spokojenosti u dimenzí 1 – 5.

Tabulka 5 Průměrné hodnoty skóre spokojenosti u dimenzí 1 – 5

Dimenze	Název dimenze	Průměr skóre spokojenosti (%)
Squala 1	Abstraktní hodnoty	73,7 %
Squala 2	Zdraví	74,7 %
Squala 3	Blízké vztahy	75,8 %

Squala 4	Volný čas	75,8 %
Squala 5	Základní potřeby	75,6 %

Následující tabulka č. 6 – Přehled oblastí QOL dle získaného skóre obsahuje hodnocení QOL všech oblastí, které jsou zaznamenány a sestupně seřazeny.

Tabulka 6 Přehled oblastí QOL dle získaného skóre

Číslo oblasti	Název oblastí	Průměrná hodnota
17.	Svoboda	67,2 %
2.	Být fyzicky soběstačný	66,3 %
21.	Dobré jídlo	65,5 %
19.	Pravda	64,8 %
3.	Cítit se psychicky dobře	63,3 %
13.	Mít koníčky ve volném čase	62,3 %
9.	Postarat se o sebe	62 %
14.	Být v bezpečí	61,7 %
1.	Být zdravý	60,3 %
4.	Příjemné prostředí a bydlení	59,5 %
10.	Milovat a být milován	59 %
6.	Rodinné vztahy	57 %
7.	Vztahy s ostatními lidmi	
15.	Práce	55 %
11.	Mít sexuální život	53,3 %
5.	Dobře spát	52,7 %
20.	Peníze	51 %

16.	Spravedlnost	50,3 %
12.	Odpočívát ve volném čase	
8.	Mít a vychovávat děti	42,7 %
18.	Krása a umění	41,2 %

Tabulka č. 7 – Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle sportovní klasifikace porovnává QOL hráčů s různou sportovní klasifikací (kategorie B1, B2, B3 a B4).

Tabulka 7 Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle sportovní klasifikace

Sportovní klasifikace	QOL hráčů goalballu v %
B1	61,2 %
B2	55,1 %
B3	58,6 %
B4	66,3 %

V tabulce č. 8 jsou porovnány průměrné hodnoty QOL hráčů goalballu podle délky hraní a v tabulce č. 9 průměrné hodnoty podle četnosti tréninků během týdne.

Tabulka 8 Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle délky hraní

Délka hraní	QOL hráčů goalballu v %
Méně než 2 roky	65 %
2 – 5 let	58 %
5 – 10 let	52,3 %
10 let a více	64 %

Tabulka 9 Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle četnosti tréninků během týdne

Četnost tréninků týdně	QOL hráčů goalballu v %
Žádný	57,9 %
1x týdně	61,7 %
2x týdně	62,2 %
3x a více	52, 7 %

5 DISKUSE

Hlavním cílem této práce je charakterizovat hru goalball, zjistit a porovnat kvalitu života zrakově postižených sportovců, kteří se tomuto sportu věnují. V rámci hypotéz nás zajímalo, zda kvalitu života goalballistů ovlivňuje jejich míra zrakového postižení, zda bude mít význam délka hraní goalballu a jestli je volný čas nejvýznamnějším faktorem ovlivňující kvalitu života hráčů goalballu.

H1: Míra zrakového postižení hráčů goalballu nebude mít výrazný vliv na jejich kvalitu života.

Tato hypotéza se nám potvrdila. Ukazují nám to výsledky v tabulce č. 7 – Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle sportovní klasifikace, kde jsou uvedeny průměrné hodnoty kvality života u čtyř možných sportovních klasifikací. Nejvyšší kvalitu života mají goalballisté klasifikace B4 (lehce slabozrací), u kterých průměrná hodnota dosahuje 66,3 %. Dále tabulka ukazuje, že nevidomí, kteří spadají do kategorie B1, mají průměrnou hodnotu QOL jen o něco málo nižší, a to 61,2 %. Ještě o něco nižší QOL, tedy 58,6 % mají sportovci spadající pod klasifikaci B3 a nejhůře podle výsledků jsou na tom goalballisté klasifikovaní jako B2 s 55,1 %.

Míra postižení nehraje velkou roli při subjektivním posuzování QOL. Tyto výsledky korespondují s výzkumem Langelaana (2007), který porovnával vliv různých postižení a onemocnění na QOL. Naše výsledky potvrzují jeho výzkum, z kterého vyplývá, že ZP má nižší vliv na QOL než mnoho jiných onemocnění či postižení. Ke stejnému závěru došla i Vymazalová (2010), která porovnávala QOL zrakově postižených a běžné populace pomocí metody SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).

Souhlasí s námi i Jesenský (1992), který říká, že pokud se s komplexní rehabilitací začne u zrakově postiženého co nejdříve (na úrovni existence, socializace a práce), tak tento jedinec bude žít podle svých přání a představ a jeho subjektivní pohled na kvalitu života bude podobný jako u běžné populace.

Domníváme se, že sportovní aktivity nevidomých a ZP napomáhají rozvíjet jejich další smysly, a pomáhají jim se lépe začlenit do společnosti, proto u goalballistů nejsou velké rozdíly ve vnímání QOL.

H2: Kvalita života u hráčů goalballu, kteří se hře věnují více než 5 let, bude znatelně vyšší než u ostatních.

Výše uvedenou hypotézu se nepodařilo potvrdit. Vypovídá o tom tabulka č. 8 – Porovnání průměrných hodnot QOL hráčů goalballu podle délky hraní, která nám dává informace o průměrných hodnotách QOL goalballistů dle délky jejich působení v této sportovní hře. Podle těchto výsledků mají nejvyšší průměrnou hodnotu QOL goalballisté s účastí nižší než 2 roky, a to 65 %. O jedno procento méně mají hráči, kteří se hře věnují již více než 10 let. Poměrně méně tvoří hodnota QOL u hráčů hrajících 2-5 let, tedy 58 % a nejhůře hodnotí svou aktuální situaci skupina sportovců, kteří se goalballu věnují 5-10 let a to na 52,3 %.

Tyto výsledky nás překvapily. Po bližším prozkoumání bylo zjištěno, že důvodem výsledných hodnot je vysoké zastoupení pravidelně netrénujících sportovců ve vzorku hráčů věnujících se goalballu 5-10 let. Naopak u skupiny hráčů, kteří se goalballem zabývají méně, než 2 roky zvedají průměr tři osmnáctiletí sportující studenti s velkým počtem aktivit.

Bez ohledu na to, že byla naše hypotéza vyvrácena, je sport nedílnou součástí života každého člověka. Souhlasíme s Hoškem (1999), který říká, že tělesné aktivity jsou důležitým činitelem pro celkovou QOL, proto by se měly podporovat v co nejvyšší míře. Potměšil (1999, 2000) vysvětluje, že sport je vhodným prostředkem pro lepší přijetí handicapu. Pohybové aktivity přispívají k vyrovnávání se s postižením a k socializaci jedince.

Stejně tak Blahutková (2006) říká, že být zdravý a být fit je pro člověka důležitou životní hodnotou jako plně prožívat svůj život. Důvodem proč stoupá zájem o sportování, není jen sportovní výkonnost, ale především kompenzace nedostatku pohybového zatížení jako důsledku současného způsobu života.

H3: Nejvýznamnější faktor ovlivňující kvalitu života je u hráčů goalballu volný čas.

Naše poslední hypotéza byla potvrzena. Vypovídá o tom tabulka č. 5 – Průměrné hodnoty skóre spokojenosti u dimenzí 1 – 5. Výsledné hodnoty jsou následující: Volný čas a Blízké vztahy, které mají 75,8 %, o dvě desetiny procenta méně mají Základní potřeby tedy 75,6 %. Ještě o něco méně jsou respondenti spokojeni s dimenzí Zdraví a to na 74,7 %. Dimenze Abstraktní hodnoty mají pouze 73,7%.

Volný čas je pro každého goalballistu velice důležitý. Během něj může navštěvovat přátele, rozvíjet své sportovní dovednosti nebo ho trávit pasivně na počítači nebo u televize. Goalballisté jsou omezeni tím, že různé aktivity (jak sportovní, tak společenské musejí být většinou modifikované a prováděné za dozoru druhé osoby (Kopicová, 2009). Z tohoto důvodu jsou většinou zrakově postižení jedinci často omezeni časem a nabídkou volnočasových aktivit.

Jesenský (2000) říká, že díky nemoci, strachu a obavám často jedinci neopouští domov, což může vést i k depresi a úzkosti. Jedná se o stav osamělosti, který je v souvislosti s kvalitou života hodnocen zejména nevidomými jako negativní.

Domníváme se, že respondenti jsou s volnočasovými aktivitami velice spokojeni, proto, že se v rámci těchto aktivit dostávají do širšího kolektivu lidí ať už zrakově postižených či ne. Mohou kvalitně využívat svůj volný čas a zároveň se během něj učit samostatnosti a komunikovat s ostatními lidmi.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce popisuje specifickou hru pro zrakově postižené zvanou goalball a její vliv na kvalitu života. Podmínky a pravidla pro aktivní působení v této hře jsou pro všechny účastníky stejná bez ohledu na míru zrakového postižení. Díky tomu zjištěná kvalita života byla u všech hráčů až na některé výjimky podobná. Každý z respondentů projevil individuální vnímání ve zkoumaných oblastech kvality života. S ohledem na tuto skutečnost nelze souhrnně říci, že délka hraní goalballu a počet týdenních tréninků má výrazný vliv na kvalitu života.

V průběhu dalšího studia bych se problematice goalballu rád dále věnoval ve své diplomové práci. Během zpracování bakalářské práce mě napadla další témata, která by bylo dobré zmínit a zpracovat. Protože o goalballu bohužel není mnoho dostupných zdrojů, rád bych přispěl i nějakou brožurou a svým pohledem na aktuální situaci v tomto sportu. Kvalitu života hráčů goalballu bych rád rozšířil o porovnání s kvalitou života nesportujících zrakově postižených. Pomocí bakalářské práce bych chtěl goalball více zviditelnit a získat tak nové příznivce, kteří by byli přínosem, ať už jako hráči, rozhodčí, trenéři, dobrovolníci nebo jen diváci.

7 POUŽITÁ LITERATURA

Literatura

BLÁHA, Ladislav a Ladislav PYŠNÝ. *Provozování pohybových aktivit zrakově handicapovanou populací*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000, 214 s. Acta Universitatis Purkynianae, 62. ISBN 80-704-4323-5.

BRNO, Sborník abstrakt mezinárodní konference konané 9. – 10. listopadu 2006 v Brně = Proceedings of abstract a Editor Marie BLAHUTKOVÁ. *Sport a kvalita života 2006 = Sport and quality of life 2006*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-4145-5.

DANKO, J. *Srovnání kvality života osob se zrakovým a tělesným postižením v České Republice a na Slovensku*. Brno, 2008. 31 s. Rigorózní práce na Pedagogické fakultě Masarykovy university. Vedoucí práce je PhDr. Mgr. Petra Hamadová PhD.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, et al. *SQUALA, Subjective Quality of Life Analysis*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, 198 s. ISBN 80-85121-47-6.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736-259.

HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-807-3151-591.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012, 239 s. ISBN 978-807-4191-060.

HNILICOVÁ, H. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80-866-2520-6.

HROMÁDKOVÁ, K. *Hodnotová orientace a kvalita života osob těžce zrakově postižených v Pardubickém kraji*. Brno, 2006. 121 s. Rigorózní práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university. Vedoucí rigorózní práce je Hana Hoblová.

JESENSKÝ, Jan. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, 2000, 354 s. ISBN 80-718-4823-9.

- KOPICOVÁ, Veronika. *Volný čas a znevýhodnění zrakovým postižením*. Brno, 2009. 43 s. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Vedoucí práce je PhDr. Petra Hamadová, Ph.D.
- KRAUS, H. a kol. 1997. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada. ISBN 80-7169- 1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-859-3184-2.
- MACHORKOVÁ, Z. *Vodící pes v životě osob se zrakovým postižením*. Brno, 2012. 107 s. Rigorózní práce na Pedagogické fakultě Masarykovy university. Vedoucí práce je PhDr. Mgr. Zita Nováková, Ph.D.
- MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých: jak efektivně využít slabý zrak*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2007. ISBN 80-725-4949-9.
- NIELSEN, Lilli. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Čes. vyd. 1. Překlad Gisela Kubrichtová. Praha: ISV, 1998, 119 s. Speciální pedagogika (ISV). ISBN 80-858-6626-9.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
- SILBERNAGL, S. *Atlas fyziologie člověka*. 6. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2004, XII, 435 s. ISBN 80-247-0630-X.
- SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2006, 230 s. ISBN 80-246-1290-9.
- SLEPIČKOVÁ, I. *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum, 2000. 19-31 s. ISBN 382-054-00.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
- SYNEK, Svatopluk. *Fyziologie oka a vidění*. 2., doplň. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4739-922.

TILINGER, P. *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých: sborník výzkumných záměrů společensko-vědní sekce FTVS*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, 1999. ISBN 80-863-1703-X.

TRNKA, Václav. *Charakteristika a organizace sportu osob se zrakovým postižením v České republice*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-802-4619-583.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*, 2005. Brno: MSD Brno. ISBN 80-210-3757-7.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 4 63 s. ISBN 80-731-5071-9.

ZEMANOVÁ, J. *Kvalita života klientů se zrakovou vadou*. Plzeň, 2012. 72 s. Rigorózní práce na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity. Vedoucí práce je Bc. Martina Hrdonková.

Internetové zdroje

Aspects of sports injuries in athletes with visual impairment [online]. 2011 [cit. 16. dubna 2014.].

Dostupné z WWW

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151786922011000500005&script=sci_arttext&tlng=pt

Goalball - míčová hra pro zrakově postižené a nevidomé [online]. 2009 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.ocnivady.cz/novinky-a-clanky/goalball-micova-hra-pro-zrakove-postizene-a-nevidome>.

Goalball uk [online]. 2013 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S15176922011000500005&script=sci_arttext&tlng=en.

Historie české reprezentace [online]. 2002 [cit. 25. 3. 2015].

Dostupné z WWW <http://www.goalball.cz/category/reprezentace/historie-reprezentace/>.

Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions [online]. 2007 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17613846>.

Investigation of Self-Esteem Levels of Blind Athletes [online]. 2013 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://ijssjournal.com/wp-content/uploads/2013/01/163-168.pdf>.

IPC [online]. 2013 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.paralympic.org/the-ipc>.

Klasifikace, pravidla a postupy [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.ibsa.es./eng/deportes/goalball/presentacion.htm>.

Kurz instruktorů prostorové orientace. [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.tyfloservis.cz/zajimavosti.php>.

Magnitude and causes of visual impairment. [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.n-i-s.cz/cz/charakteristika-zrakoveho-postizeni/page/366/>.

Pravidla [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

[http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-](http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf)

[9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf](http://www.sport-nevidomych.cz/sporty/goalball/data/14-9.9.%20Goalballova%20pravidla.pdf).

Sport Injuries in Elite Paralympic Swimmers With Visual Impairment [online]. 2013 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718352/>.

The Quality of Life Model. [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm (cit. 20. 12. 2014).

Úvodní strana [online]. 2002 [cit. 27. 1. 2015].

Dostupné z WWW

<http://www.bscprague.eu.htm>.

Internetové zdroje obrázků

Anatomie lidského oka [online]. 2013 [cit. 16. dubna 2014.].

Dostupné z WWW <http://www.optika-safarikova.cz/oko.html>.

Příklady optotypů [online]. 2013 [cit. 16. dubna 2014.].

Dostupné z WWW <http://www.optotypy.cz/>.

Hrací plocha s obranným, útočným a neutrálním pásmem [online]. 2013 [cit. 18. 3. 2015].

Dostupné z WWW <http://www.tjzora.cz/tjzora/gopravid.pdf>.

Goalballový míč [online]. 2002 [cit. 22. 1. 2015].

Dostupné z WWW <https://pcdn.sport-thieme.com/P400/109-9108>.

8 PŘÍLOHA

Příloha 1:

Dotazník SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Vážený pane, vážená paní,

cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosím, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, získaná data nebudou použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkuji Vám za spolupráci na mé výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte prosím odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel1

městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní..... 1

základní..... 2

střední bez maturity..... 3

střední s maturitou..... 4

vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

a) Jste soukromník?.....ano – ne

b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne

c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující..... 1

mateřská dovolená..... 2

v domácnosti..... 3

důchodce (neprac.)..... 4

v invalidním důchodu..... 5

t.č. nezaměstnaný/á.....6

hledající práci.....	7
jiné.....	8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné
mírně podprůměrné
průměrné
mírně nadprůměrné
výrazně nadprůměrně

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....1
ženatý/vdaná, s druhem.....2
rozvedený/á.....3
vdovec/vdova.....4

8) MÁTE DĚTI?

ano – ne
pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi ____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) odpočívat ve volném čase					
13) mít koníčky ve volném čase					
14) být v bezpečí					
15) práce					
16) spravedlnost					
17) svoboda					
18) krása a umění					
19) pravda					
20) peníze					
21) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a
zaškrtněte příslušné okénko.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
22) zdraví					
23) fyzická soběstačnost					
24) psychická pohoda					
25) prostředí bydlení					
26) spánek					
27) rodinné vztahy					
28) vztahy s ostatními					
29) děti					
30) péče o sebe sama					
31) láska					
32) sexuální život					
33) odpočinek					
34) koníčky					
35) pocit bezpečnosti					
36) práce					
37) spravedlnost					
38) svoboda					
39) krása a umění					
40) pravda					
41) peníze					
42) jídlo					